

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

ELAINE APARECIDA DE LIMA

**EU, TU, ELAS: OS ATRAVESSAMENTOS DOS DISCURSOS DE
GÊNERO NA MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DE
MULHERES**

RECIFE

2019

ELAINE APARECIDA DE LIMA

**EU, TU, ELAS: OS ATRAVESSAMENTOS DOS DISCURSOS DE
GÊNERO NA MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DE
MULHERES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, como requisito para a obtenção do título de mestre em Psicologia Clínica.

Linha de Pesquisa: Práticas Psicológicas Clínicas e Demandas Sociais Contemporâneas.

Professora Orientadora: Dr^a. Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas.

RECIFE

2019

ELAINE APARECIDA DE LIMA

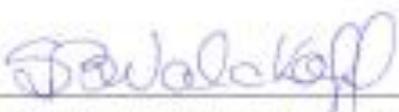
EU, TU, ELAS: OS ATRAVESSAMENTOS DOS DISCURSOS DE GÊNERO NA
MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DE MULHERES

Dissertação de Mestrado apresentada e aprovada como requisito para obtenção do título de mestre em Psicologia Clínica, pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco.

COMISSÃO EXAMINADORA:



Profª Orientadora D.^a Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas – UNICAP



Profª Dr.^a Simone Dalla Barba Walckoff - UNICAP



Profª Dr.^a Gilcécia Oliveira Lourenço - UNIRIOS

Recife, 13 de dezembro de 2019

*À mulher extraordinária que me mostrou como ser.
À minha nancia, meu amor eterno, minha mãe, Maria Hilda Batista de Lima.*

AGRADECIMENTOS

A caminhada durante essa dissertação foi bem cheia de declives, do início até o final. Não posso deixar de ser grata a todas as pessoas que me auxiliaram nesse caminho, com ações diretas ou indiretas. Certamente nem todos os nomes apareceram aqui.

Gil Oliveira, você é o primeiro nome que me vem em mente. Agradeço por ter sido a responsável pelo pontapé inicial para que eu fizesse mestrado. Conduziu-me à orientadora e à abordagem, fazendo-me crer que tinham tudo a ver comigo! Você ouviu e acolheu todos os meus percalços... e me ajudou em qualquer coisa que eu precisei, inclusive financeiramente. Não foi sobre me orientar academicamente, foi sobre ser amiga de verdade! Eu jamais terei palavras suficientes para falar da gratidão por tudo o que fez e faz.

Amanda Félix, minha amiga tão amada, se não fosse você, não sei se tudo isso teria sido possível... quando passei na seleção, o valor para fazer a matrícula, antes de conseguir a bolsa, era muito alto para a minha realidade e eu não teria como fazê-lo; foi quando você se prontificou a me emprestar (e até a dar!) o valor da matrícula para que eu não desistisse desse sonho. Quanta gratidão eu tenho por esse gesto e por tudo que você é na minha vida.

Cristina Brito, foi por sua insistência e seu apoio que fiz novamente a seleção do mestrado. Foi tão frustrante para mim passar a primeira vez e não dar continuidade pela ausência de bolsas naquele ano, que a senhora sabe que eu nem pretendia tentar de novo. Tentei e acabou dando certo por causa do seu zelo de lembrar-se de mim e me procurar por e-mail perguntando se participaria da seleção outra vez, dando todo apoio para que eu continuasse lutando.

Cristina Amazonas, a senhora nem me conhecia, mas me acolheu e comprou meu projeto desde a primeira seleção, até se inscreveu para tentar conseguir o financiamento da minha pesquisa e me convidou para participar como ouvinte da sua turma. Esses gestos foram

tão fortalecedores para mim... E, além de todo ensinamento que me deu, no momento mais difícil da minha vida, teve abraço acolhedor, o que foi crucial para eu conseguir dar continuidade. Muita obrigada!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) sou muito grata por ter financiado esta pesquisa. Sem esse incentivo não teria conseguido dar prosseguimento a este trabalho.

A todas as mulheres que deram sentido e corpo a esta dissertação. Sem elas nenhuma linha teria sido escrita. Sou imensamente grata por terem compartilhado comigo suas preciosas histórias.

Cida Craveiro, a senhora vem me acolhendo já há algum tempo, nos mais variados aspectos da vida. Foi a senhora que me despertou o encantamento para a psicologia social, quem me ensinou tantas coisas valiosas nessa profissão e gerou confiança na minha escrita. Obrigada por tudo!

Syrleide Gomes, com você aprendi tanto e ainda aprendo e me inspiro para a intervenção psicossocial. Você esteve comigo no início de tudo e será sempre meu grande exemplo!

Laura Valença, voltar para o meio acadêmico depois de algum tempo não foi uma tarefa muito fácil para mim, ainda mais voltar para um estilo tão diferente que é a pós. O tempo é mais curto, as pessoas são mais fechadas, a responsabilidade é maior. Agradeço por ter sido leveza diante da densidade que foi esse mestrado, por ter me feito sorrir e ser eu mesma.

Bruno Carvalho, agradeço muito pelas orientações informais realizadas em sala de aula, na Rua do Lazer, no café, nos corredores, no whatsapp... Conversas que me ajudaram tanto! Jamais esquecerei que você me deu o insight que precisei para sair do lugar com este trabalho.

Jennyfhem Mendonça, Adriana Morais e Jônatas Mendes, muito obrigada por fazerem, com muito carinho, a revisão e as traduções do resumo deste trabalho.

Todos os meus amigos mais próximos ao longo desse período, além dos já citados (por ordem alfabética para não ter briga: Alessandra, Aline, Ana Carla, Caio, Cíntia, Heverton, Leonardo e Maria) e aos familiares que souberam me esperar e lidar comigo nesses tempos tão angustiantes da minha vida. Obrigada por sobreviverem ao meu mestrado, às minhas ausências nesse período e por terem me feito acreditar que conseguiria! Isso aqui também é para vocês.

Ruam Mendes, sou tão grata por você ter entrado na minha vida logo no começo dessa história! Você é luz para mim. Você me fez segurar o tranco. Você foi e é minha calma em meio ao caos. Obrigada por ser minha sensatez e minha desrazão.

João Jorge, meu pai, agradeço por sempre me apoiar nos estudos. Se eu disser que quero passar a vida estudando sobre qualquer coisa, sei que posso contar com o senhor para me dar esse apoio. Sei que faz o possível e o impossível para me ver feliz. Tenho uma gratidão enorme por saber que estará sempre ao meu lado pra me ajudar. Eu almejo sua felicidade tanto quanto o senhor a minha.

Maria Hilda, minha nancia, minha mãe... eu espero, com todas as minhas forças e com toda a minha fé, que a senhora esteja vendo e sentindo tudo isso... Não sei nem o que dizer sobre a dor que foi e está sendo te perder, e ainda, ao longo de tudo isso, conseguir encerrar esta dissertação. Foi por você; é para você! Como é difícil viver agora qualquer conquista sem te ter ao meu lado para compartilhar, como sempre foi! Compartilhamos as preocupações, angústias, ansiedades, alegrias, vitórias... A tagarela que mais fazia silêncio só porque eu estava estudando; e que a cada prova, apresentação, seleção, me abençoava e dava força dizendo: "Vai com Deus, Jesus te ilumine" ... Que no leito do hospital, já sem falar, somente movimentando os lábios, a primeira coisa que quis saber num dia em que fiz uma

apresentação da minha pesquisa na aula, foi: “E a faculdade?”. Obrigada por sempre ter acreditado. Obrigada por tanto amor! A senhora me deu tudo que eu precisava. E nada nunca será suficiente para expressar tamanha gratidão e amor que te tenho. A senhora segue intensamente viva no meu peito!

Nossa Senhora, obrigada por cuidar de mim.

Deus, obrigada por ter me dado forças para continuar, mesmo quando já nem acreditava mais.

*“Triste, louca ou má
Será qualificada
Ela quem recusar
Seguir receita tal
A receita cultural
Do marido, da família,
Cuida, cuida da rotina...
Só mesmo rejeita
Bem conhecida receita
Quem, não sem dores,
Aceita que tudo deve mudar!*

*Que o homem não te define,
Sua casa não te define,
Sua carne não te define,
Você é seu próprio lar.*

*Ela desatinou,
Desatou nós,
Vai viver só!*

*Eu não me vejo na palavra
Fêmea: Alvo de caça,
Conformada vítima.
Prefiro queimar o mapa,
Traçar de novo a estrada,
Ver cores nas cinzas
E a vida reinventar.*

*E o homem não me define,
Minha casa não me define,
Minha carne não me define,
Eu sou meu próprio lar!*

*Ela desatinou,
Desatou nós,
Vai viver só!”*

(Música: Triste, Louca ou Má;
Composição: Juliana Strassacapa;
Intérprete: Francisco, el Hombre)

Resumo

Lima, Elaine. (2019). *Eu, Tu, Elas: Os atravessamentos dos discursos de gênero na medicalização do sofrimento psíquico de mulheres* (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica de Pernambuco - Unicap, Recife, PE, Brasil.

Os estudos sobre a medicalização do sofrimento psíquico sob o recorte de gênero tornam-se urgentes quando temos alguns discursos dominantes sobre gênero que colocam as mulheres frequentemente em posição de maior subordinação. Além disso, tais discursos cristalizam os modos de subjetivação das mulheres, fazendo com que parte de suas histórias seja perpassada por um tipo de violência sutilmente disseminado através de vários dispositivos e tecnologias sociais, por vezes legitimados pelo discurso médico. Propusemos nesse trabalho, problematizar os atravessamentos dos discursos de gênero na medicalização do sofrimento psíquico de mulheres que fazem uso de benzodiazepínicos (BZD). A pesquisa teve delineamento qualitativo, e foram feitas entrevistas narrativas com nove mulheres entre setembro e outubro de 2018. A pergunta disparadora da entrevista foi: “*O que te levou a fazer uso do BZD?*”. A leitura das narrativas foi baseada na análise dos enunciados com inspiração foucaultiana. Foi percebido nas narrativas produzidas pelas participantes o quanto a prática de alguns profissionais da saúde ainda é muito permeada por um olhar biologizante, individualista e universalizante. A complexidade histórica é, frequentemente, deixada de lado em favorecimento de diagnósticos objetivos e supostamente neutros e prescrições medicamentosas; os profissionais acabam por assumir um discurso disciplinador e docilizador dos modos de subjetivação de mulheres. Também foi possível perceber as tensões presentes nas mulheres, entre movimentos de resistência e de assujeitamento à medicalização, bem como forças de reiteração e de ruptura por parte de alguns profissionais da saúde; um jogo de poderes que nos revelou o quanto somos todos restringidos por uma série de normas regulatórias, mas também potencialmente subversivos. É nessa posição de subversão que encontramos espaço para propor uma forma mais ampliada e complexificada de compreender o sofrimento psíquico que abarque a rede de saber/poder que modela os sujeitos e, deste modo, tecer uma clínica que acolha tais mulheres e seus sofrimentos psíquicos com comprometimento ético, estético e político.

PALAVRAS-CHAVE: Medicalização. Sofrimento Psíquico. Discursos de Gênero. Gênero. Benzodiazepínicos.

Abstract

Lima, Elaine. (2019). *Me, You, Them: The intersections of gender discourses in the medicalization of women's psychological distress* (Master's Dissertation).

Universidade Católica de Pernambuco - Unicap, Recife, PE, Brasil.

Studies about the medicalization of psychological distress under the gender perspective become urgent when we have some dominant discourses on gender that often place women in a position of greater subordination. Moreover, such discourses crystallize women's modes of subjectivation, causing part of their stories to be permeated by a kind of violence subtly disseminated through various social devices and technologies, sometimes legitimized by medical discourse. We propose in this work to problematize the intersections of gender discourses in the medicalization of the psychological distress of women who use benzodiazepines (BZD). The research had a qualitative design, and narrative interviews were conducted with nine women between September and October 2018. The triggering question of the interview was: "What led you to use BZD?". The reading of the narratives was based on the analysis of foucaultian-inspired statements. It was perceived in the narratives produced by the participants that the practice of some health professionals is still very permeated by a biologizing, individualistic and universalizing look. Historical complexity is often overlooked in favor of objective and supposedly neutral diagnoses and drug prescriptions; The professionals end up assuming a disciplining and docilizing discourse on the modes of subjectivation of women. It was also possible to perceive the tensions present in women, between movements of resistance and subjection to medicalization, as well as forces of reiteration and rupture by some health professionals; a power play that has revealed to us how much we are all constrained by a range of regulatory but also potentially subversive rules. It is in this position of subversion that we find room to propose a broader and more complex way of understanding the psychological distress that encompasses the knowledge / power network that shapes the subjects and, thus, weaving a clinic that welcomes such women and their psychological distresses with ethical, aesthetic and political commitment.

KEYWORDS: Medicalization. Psychological Distress. Gender Speeches. Gender. Benzodiazepines.

Resumen

Lima, Elaine. (2019). *Yo, Tú, Ellas: Los atravesamientos de los discursos de género en la medicalización del sufrimiento psicológico de mujeres* (Tesis de Maestría). Universidad Católica de Pernambuco - Unicap, Recife, PE, Brasil.

Los estudios sobre la medicalización del sufrimiento psíquico bajo recorte de género se vuelven urgentes cuando tenemos algunos discursos dominantes sobre el género que a menudo ponen a las mujeres en una posición de mayor subordinación. Además, estos discursos cristalizan los modos de subjetivación de las mujeres, haciendo que parte de sus historias sea transcurrida por un tipo de violencia sutilmente difundida a través de diversos dispositivos y tecnologías sociales, a veces legitimadas por el discurso médico. Proponemos en este trabajo, problematizar los atravesamientos de los discursos de género en la medicalización del sufrimiento psíquico de las mujeres que hacen uso de las benzodiazepinas (BZD). La investigación tuvo un diseño cualitativo, y se realizaron entrevistas narrativas con nueve mujeres entre septiembre y octubre de 2018. La pregunta desencadenante de la entrevista fue: "¿Qué te llevó a hacer uso de BZD?". La lectura de las narrativas se basó en el análisis de las expresiones enunciadas con inspiración foucaultiana. Fue percibido en las narrativas producidas por las participantes lo cuánto la práctica de algunos profesionales de la salud todavía está muy impregnada por un aspecto biologizante, individualista y universalizante. La complejidad histórica generalmente es dejada de lado para favorecer los diagnósticos objetivos y supuestamente neutrales y las prescripciones medicamentosas; profesionales terminan asumiendo un discurso disciplinario y docilizante de las formas de subjetivación de mujeres. También fue posible percibir las tensiones presentes en las mujeres, entre los movimientos de resistencia y al sometimiento a la medicalización, así como las fuerzas de reiteración y ruptura por parte de algunos profesionales de la salud; un juego de poder que nos ha revelado lo cuanto somos restringidos por una serie de normas reglamentarias pero también potencialmente subversivas. Es en esta posición de subversión que encontramos espacio para proponer una forma más amplia y compleja de entender el sufrimiento psíquico que engloba la red de saber/poder que modela los sujetos y así tejer una clínica que acoge a tales mujeres y sus sufrimientos psíquicos con comprometimiento ético, estético y político.

PALABRAS CLAVE: Medicalización. Sufrimiento psíquico. Discursos de Género. Género. Benzodiazepinas.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
INTRODUÇÃO.....	14
1. <i>TECHNÉ</i> DE INVESTIGAÇÃO.....	20
1.1 Constelação.....	21
1.2 Material.....	29
1.3 Procedimentos de produção dos dados.....	30
1.4 Procedimento de análise dos dados.....	31
2. MEDICALIZAÇÃO E USO DOS BENZODIAZEPÍNICOS.....	33
2.1 A objetificação do corpo pelo saber/poder médico.....	33
2.2 Surgimento dos benzodiazepínicos e o seu uso pelas mulheres entrevistadas.....	45
3 A IMPLICAÇÃO DOS DISCURSOS DE GÊNERO NO PROCESSO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO E NA PRODUÇÃO DA MEDICALIZAÇÃO DAS MULHERES.....	52
3.1 Práticas discursivas hegemônicas sobre gênero e dispositivos reguladores dos modos de subjetivação feminino.....	52
3.2 A medicalização do corpo das mulheres.....	66
4 POSIÇÕES-DE-SUJEITO FACE À MEDICALIZAÇÃO.....	76
4.1 Cenário do discurso médico psiquiátrico sobre a mulher no século XIX.....	76
4.2 Práticas discursivas hegemônicas da psiquiatria a partir do século XX.....	77
4.3 Processos de reiteração e de ruptura do modelo médico hegemônico e estratégias terapêuticas para o enfrentamento do sofrimento psíquico.....	80
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
REFERÊNCIAS.....	98
APÊNDICES.....	103
ANEXO.....	107

APRESENTAÇÃO

De que valeria a simples aquisição do conhecimento se ele não acarretasse o descaminho daquele que conhece? (Foucault, 1984, p.13).

Antes de qualquer coisa, gostaria de iniciar mencionando o descaminho que esta pesquisa me provocou. Teoricamente, uma vez que esta pesquisa foi norteada por uma abordagem foucaultiana, e eu, enquanto profissional, nunca levantei uma bandeira teórica da qual me filiasse. Assim, mergulhar no mar foucaultiano foi uma tarefa árdua e, algumas vezes, dolorosa, cheia de incompreensões, inquietações, questionamentos... Ao final desse mergulho, volto à superfície pensando nas belezas que encontrei no fundo desse mar e na infinidade de coisas que ainda há para explorar em outros mergulhos.

É claro que esse descaminho teórico, ao qual me permiti, levou a uma desconstrução também na metodologia forjada. Acreditava que não estabelecia em minha mente uma linearidade ao perceber os fenômenos, mas fui traída algumas vezes em minhas elaborações mentais estabelecendo uma sutil, as vezes nítida, relação causal ou homogênea. Até que entendi que precisava nesta pesquisa deixar que a narrativa das pessoas fosse o norte de todo processo e, ao chegar na análise, poder ter uma compreensão mais rizomática do fenômeno, privilegiando não a causa e o efeito, mas as várias conexões, o movimento, a abertura, a multiplicidade de direções... Todo esse descaminho, obviamente, possibilitou mudanças em minha subjetivação, complexificando meus modos-de ser-no-mundo-com-os-outros.

Dito isto, espero que no caminho de vocês, a partir da leitura deste trabalho, para além de adquirir qualquer conhecimento, ele possa acarretar descaminhos e levá-los a pensar diferente, porque, como diria Foucault: “Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir” (Foucault, 1984, p. 13).

INTRODUÇÃO

Em meados do século X, na China Imperial, havia uma tradição conhecida por Pés de lótus, na qual as mulheres tinham os seus pés deformados a fim de que eles medissem até 10 cm, pois pés pequenos eram indicativos de sensualidade e motivo para atrair os homens, ou seja, conquistar um bom casamento. Para atingir tal feito, os dedos dos pés das meninas eram fraturados quando elas tinham por volta dos três anos de idade; os dedos quebrados eram então dobrados em direção à sola do pé e os pés eram amarrados com tiras de linho para que as fraturas fossem cicatrizadas naquela posição e impedissem o crescimento dos pés. Por esta razão, as mulheres tinham dificuldades em caminhar e passavam a maior parte do tempo sentadas, precisando da ajuda dos maridos para levantar. A longo prazo, apresentavam deformações nos ossos do quadril e da coluna, e ainda riscos de fraturas no fêmur. O costume foi iniciado pelas mulheres mais ricas e representava grande *status*, mas, posteriormente, se espalhou e, por volta do século XII, era praticado também pelas mulheres de famílias mais pobres que viam nesse costume a perspectiva de melhoria de vida para as filhas. Embora torturante para as mulheres, os pés de lótus, pequenos e delicados, eram para os homens, objeto de desejo.

A tradição dos pés de lótus pode nos levar à reflexão de como há séculos, ainda que do outro lado do mundo, parte das histórias das mulheres vem sendo perpassada por um tipo de violência disseminado através de várias tecnologias sociais, alimentando uma complexa rede de desigualdades de gênero. Uma forma de violência que age como uma espécie de buraco negro, aquele que não pode ser visto diretamente, mas é identificado por seus efeitos. Nesses atos de violência não existe ou não está claro o agente que cometeu a violência - revelando seu caráter sutil - mas seus efeitos são sentidos. Uma rede de biopoder ou somato-poder atua não somente disciplinando, mas controlando com tentáculos invisíveis, “esta rede modela carne em mulher/homem, cujas particularidades e limites ‘perdem’ o feminino nos labirintos

de uma identidade já marcada pelo assujeitamento” (Navarro-Swain, 2013, 3º parágrafo). Tal qual o buraco negro, tem em sua volta um campo gravitacional extremamente forte.

Não precisamos ir tão longe para evidenciar os sinais destas desigualdades de gênero nas formas mais sutis com que podem aparecer; por exemplo, podemos pensar o quanto algumas frases que fizeram parte da formação dos brasileiros, talvez até mais especificamente de nós, nordestinos, sejam corporificações dessas desigualdades, frases como estas: “Menina, fecha as pernas!”, “Menino, para de chorar, homem não chora!”, “Mulher no volante, perigo constante”, “Quem tiver suas cabritas que segure, pois meu bode está solto”, “Ruim com ele, pior sem ele”, “Meninos vestem azul e meninas vestem rosa”, entre outras. Essas frases, embora carreguem em si uma suposta naturalidade, são todas fruto de uma construção social. Encarar as ideias que tecem essas frases como normais, naturais, dificulta ou mesmo impede sua transformação, uma vez que lhes confere legitimidade, favorecendo sua perpetuação. Deste modo, reproduz-se a violência que Segato (2003) chama de “sexismo automático”, ou seja, aquela atitude de discriminação fundamentada no sexo que se pratica moralmente, refletindo costumes, valores enrustidos na cultura e não mais questionados.

As ideias inculcadas nas frases acima e em tantas outras que ouvimos a respeito do que se espera da mulher ou do homem denotam aquilo que chamamos de gênero. Não se trata de uma categoria natural, mas situamos gênero no contexto dos discursos pelos quais o gênero é produzido, revelando, portanto, seu caráter construído. Conceituamos gênero a partir de uma concepção pós estruturalista de sujeito, que não é unificado, mas variável, assumindo posições de sujeito à medida de sua inserção em diferentes práticas discursivas, com modos de subjetivação múltiplos; quer dizer, a compreensão de uma suposta identidade fixa e coerente é desvirtuada para uma que é cambiante e contraditória. Destarte, gênero não seria uma identidade estável, mas, conforme nos sugere Butler:

É antes uma identidade tenuemente constituída no tempo – uma identidade instituída

através de uma repetição estilizada de actos. Além disso, o género é instituído pela estilização do corpo e, por isso, deve ser compreendido como o modo mundano como os gestos corporais, os movimentos, e as encenações de vários tipos constituem a ilusão de um eu permanentemente definido pelo género (2011, p.70).

Sendo o género uma construção, e não uma essência ou uma substância, é, portanto, algo que fazemos e não algo que somos; uma série de atos, um fazer contínuo, mas não linear. Tem aparência de substância, uma vez que se repete a ponto de cristalizar-se, mas ao mesmo passo que se repete, porque atravessado por um campo regulatório de normas, também é criado a cada ato, ou seja, estilístico. Deste modo, género é performativo. Por exemplo: há uma expectativa a respeito do que é ser mulher e uma série de normas, de discursos de verdade que regulam os modos de subjetivação objetivando o cumprimento dessas expectativas. Apesar disso, a estilística da existência permite que - dentro das condições de possibilidades - haja diferentes mulheres, ou melhor dizendo, diferentes modos de subjetivar-se mulher. Judith Butler (1990, p. 33) afirma:

O género é a contínua estilização do corpo, um conjunto de atos repetidos no interior de um quadro regulatório altamente rígido e que se cristaliza ao longo do tempo para produzir a aparência de uma substância, a aparência de uma maneira natural de ser. Para ser bem-sucedida, uma genealogia política das ontologias dos géneros deverá desconstruir a aparência substantiva do género em seus atos constitutivos e localizar e explicar esses atos no interior dos quadros compulsórios estabelecidos pelas várias forças que policiam a sua aparência social.

Ao representar mal o género, ou desconstruir a sua aparência substantiva, os sujeitos tornam-se ininteligíveis. Miskolci (2015, p.12) afirma: “entre o ideal e a realidade jaz uma história invisível de violência às quais alguns sucumbem”. Uma dessas violências que acontecem de modo sutil, mas não menos potente, e que têm permeado muito fortemente a realidade de mulheres é a medicalização. Trata-se de uma violência perpetrada por alguns discursos científicos que atuam como dispositivos produtores de *regimes de verdade*, contribuindo para a manutenção do *status quo*.

O fenômeno da medicalização expõe a apropriação da vida humana e de seus aspectos pela medicina, ou seja, a experiência dos seres humanos objetificada. O discurso médico adentra as relações numa rede de saber/poder que as normatiza e cria códigos que nomeiam todo tipo de sofrimento humano e são amplamente disseminados, regulando e produzindo modos de subjetivar-se.

Nestes escritos, ora utilizamos o termo medicalização, ora medicamentação. Quando usamos este último, estamos querendo dar enfoque a um dos aspectos da medicalização, que diz respeito a uma relação excessiva e abusiva com os remédios; o medicamento é tomado, assim, muitas vezes, como única ferramenta de tratamento para o sofrimento. A medicamentação é um dos efeitos da medicalização, desse discurso médico que atravessa os modos de viver na contemporaneidade, que torna aspectos da vida (como luto, timidez, angústia, tensões, tristeza, etc.) em “coisa médica”. Então perceba que a crítica não é aos médicos ou aos medicamentos em si, mas à medicalização e medicamentação.

Esse tema sob o recorte de gênero torna-se imprescindível quando os dados estatísticos apontam as mulheres como sendo o maior público consumidor de benzodiazepínicos, uma classe de psicotrópicos – ansiolíticos (Rocha & Werlang, 2013). Sem falar que são as mais diagnosticadas com depressão e transtornos de ansiedade. Mas nos dados epidemiológicos sobre dependência química é apontada uma maior prevalência entre os homens; o uso abusivo de benzodiazepínicos por mulheres não aparece em tais dados. Seria porque os benzodiazepínicos são substâncias que ajudariam as mulheres a representar bem o seu gênero, conforme as normas reguladoras? Quais são as teias que envolvem a medicalização do sofrimento psíquico de mulheres? Sofrimento psíquico aqui compreendido como “dificuldade em operar planos, em definir o sentido da vida e no sentimento de impotência e vazio” (Santos, 2009, p. 1178).

Considerando essas questões, essa dissertação objetivou, de modo geral, problematizar

os atravessamentos dos discursos de gênero na medicalização do sofrimento psíquico de mulheres; mais especificamente: 1) Investigar como psicotrópicos benzodiazepínicos entram e se mantêm na história de vida dessas mulheres; 2) Analisar como os discursos de gênero se implicam na produção do sofrimento psíquico e no fenômeno da medicalização das mulheres; 3) Problematizar as posições-de-sujeito assumidas pelas mulheres e por médicos diante dos discursos de medicalização; 4) Refletir sobre a elaboração de estratégias terapêuticas alternativas à terapêutica medicamentosa para o enfrentamento do sofrimento psíquico.

Este trabalho foi organizado a partir de três dimensões que se entrecruzam; nelas, serão costuradas aspectos históricos e teóricos à análise de narrativas das mulheres entrevistadas.

Na primeira, refletiremos sobre a medicalização e o uso dos benzodiazepínicos; aspectos que levaram à consolidação do discurso médico, promovendo o fenômeno da medicalização e as condições de emergência dos benzodiazepínicos. Ainda analisaremos como os benzodiazepínicos entraram e se mantiveram na história de vida das mulheres entrevistadas.

Na segunda dimensão será abordada a implicação dos discursos de gênero no processo de sofrimento psíquico e na produção da medicalização das mulheres. Veremos a história da apropriação do corpo feminino pelo saber médico e os discursos de gênero hegemônicos em nossa sociedade e como eles modelam/produzem modos de subjetivação múltiplos.

Na última dimensão, problematizamos as posições-de-sujeito assumidas pelas mulheres e pelos médicos diante dos discursos de medicalização, e refletimos sobre a elaboração de estratégias terapêuticas alternativas à terapêutica medicamentosa para o enfrentamento do sofrimento psíquico.

Por fim, foram feitas algumas considerações sobre as práticas dos profissionais da saúde que, muitas vezes têm assumido um lugar de discurso disciplinador, que atua sobre as

individualidades de maneira biologizante e universal. Com isso, salientamos a importância de tensionarmos sempre as práticas discursivas que nos constroem e nos comprometemos com uma prática clínica ética, estética e política.

Antes de dar continuidade, é preciso ter claro alguns posicionamentos. Utilizaremos aqui o termo “Mulher” e “Mulheres” como categoria política, como uma estratégia de visibilidade, e para tensionar as práticas discursivas hegemônicas, ou seja, nosso intuito não é sermos genéricas ou universalizantes. Usando o termo “mulheres”, não temos a pretensão equivocada de naturalizar, essencializar ou sugerir que todas as mulheres que partilham da cultura brasileira terão um modo de subjetivação comum, muito pelo contrário, em toda compreensão apresentada, vislumbramos a multiplicidade e descontinuidade que, como diz Butler (2011, p.84), “rebela-se contra a univocidade do signo”. Há de ser considerado que a questão de gênero está atravessada por uma série de marcadores sociais de diferença, cada um com a sua relevância, como raça, classe, religião e geração e que os discursos não circulam simplesmente no campo das ideias, mas têm força material e social (Moore, 2000).

Queremos salientar a existência e importância da teoria interseccional, que aponta para o fato de que os diversos sistemas de opressão e discriminação se entrecruzam, mostrando como a desigualdade e injustiça social é multidimensional; e a relevância das epistemologias decoloniais que têm buscado o rompimento das colonialidades experienciadas pelo povo que não é europeu, valorizando saberes e fazeres diversificados, ressignificando a produção de conhecimento. Embora não tenham sido esses os caminhos escolhidos neste trabalho, buscamos, em certa medida, situar a historicidade presente nos fenômenos humanos, ou seja, nos voltarmos para o solo que possibilitou a sua produção para uma melhor compreensão.

1 *TECHNÉ* DE INVESTIGAÇÃO

Os rótulos na filosofia e no discurso cultural têm a propriedade que Derrida atribui ao pharmakon de Platão: são capazes de envenenar e matar, e também de remediar e curar. Precisamos deles para nos auxiliar a identificar um estilo, um temperamento, um conjunto de preocupações e ênfases comuns, ou uma visão com formato determinado. Porém, é necessário que também sejamos cautelosos quanto aos modos pelos quais podem nos cegar ou reificar o que é variável e mutável.
(Bernstein, 1986, p. 353)

Techné é um termo de origem grega (τέχνη) que pode ser traduzido como “artesanato” ou “arte”. Optei por utilizá-lo ao invés da palavra “metodologia” por representar melhor a perspectiva foucaultiana adotada neste trabalho. Foucault se utiliza do termo “modo de ver as coisas” para falar de sua genealogia, ao invés da palavra “método”, tão associada na tradição moderna, principalmente no Iluminismo, ao rígido rigor e formalismo; além disso, à crença de uma perspectiva verdadeira que conduziria à verdade das coisas, uma espécie de unitarismo epistemológico e, conseqüentemente, um unitarismo também metodológico e teórico pretendendo uma universalidade e soberania. Foucault se distanciou dessas perspectivas (Veiga-Neto, 2009). Isto não quer dizer que as coisas aqui se passaram sem nenhum rigor, mas há de se diferenciar rigor e rigidez:

tenho insistido em que se pode ser rigoroso sem ser rígido e que, em qualquer atividade, sempre é preciso seguir alguns preceitos, normas ou regras previamente estabelecidas por uma cultura que nos precedeu e na qual estamos mergulhados. . . . Afinal, por mais óbvio que pareça, não devemos esquecer a lição arendtiana: não foi cada um de nós que inventou o mundo; quando aqui chegamos, o mundo já estava aí... E estava aí com seus códigos, suas gramáticas, suas regras, seus símbolos etc. . . . Seguir preceitos ou regras não implica adesão ao formalismo, aqui entendido tanto como ‘obediência rígida a preceitos, normas ou regras’ quanto como ‘celebração da forma em detrimento do conteúdo’; . . . estou usando cultura no seu sentido mais amplo possível, o que inclui a cultura acadêmica, a científica, a escolar, a artística, a da vida cotidiana, etc. (Veiga-Neto, 2009, p. 87)

Para Veiga-Neto (2009, p. 90) *techné* “consiste numa forma muito singular de escutar a história”, aqui, tanto a história dos fenômenos estudados (como medicalização), quanto as histórias das mulheres participantes. Deste modo, a pesquisa realizada tem um delineamento qualitativo. De acordo com Schwandt (2006, p. 194), na pesquisa qualitativa há “o respeito

pela experiência de vida e a atenção aos finos detalhes do cotidiano”.

Enfim, retomando o uso do termo *techné* e sua tradução como arte, penso que é a melhor escolha para este trabalho que se propôs desde o início a descaminhos. Se método é o caminho que nos leva para um lugar, que *techné* seja a arte que, embora sabendo-se limitada por sua cultura, seus valores, pela subjetivação humana, ainda cria, fabrica, produz, e, como descaminho – com uma dose de indomabilidade, tal qual Foucault – também revele tensões, interesses e jogos de poder...

1.1 Constelação

Estou me referindo ao grupo de participantes desta pesquisa como constelação, no sentido mesmo de grupo de estrelas que são ligadas por linhas imaginárias formando desenhos diferentes, vistos da Terra, e que se distinguem por nomes especiais. As mulheres entrevistadas aqui são tomadas a partir de uma perspectiva - um ponto de vista específico - e aquilo que as une também as distingue, formando uma rede muito singular e fictícia, assim como as constelações.

Foram entrevistadas nove mulheres, tendo a mais nova 27 anos e a mais velha 59 anos. Estabelecemos o intervalo de idade de 18 a 60 anos como um dos critérios de inclusão, esse intervalo foi delimitado a partir do cenário encontrado em um levantamento realizado apenas para exploração do tema em trabalhos acadêmicos; nesta exploração foi percebido que há uma quantidade superior de trabalhos sobre o uso de psicotrópicos em mulheres idosas, ou seja, na faixa etária superior a 60 anos; então, neste sentido, optou-se por incluir as faixas etárias anteriores à idosa. Outro critério de inclusão foi o de que tais mulheres fossem consumidoras ativas ou recorrentes de benzodiazepínicos¹ (BZD) há pelo menos 01 ano, por indicação médica (informações autodeclaradas). Os critérios de exclusão foram dos casos em que

¹ Benzodiazepínicos são psicotrópicos da classe dos ansiolíticos.

houvesse algum distúrbio cognitivo, mulheres que estivessem em algum período de surto psiquiátrico ou que utilizassem o BZD como anticonvulsivante.

A chegada às participantes ocorreu através da indicação de pessoas conhecidas que, ao entrar em contato com os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, ajudaram a localizar algumas mulheres com o perfil necessário. Então o primeiro contato com a possível participante foi feito por esta pessoa conhecida para verificar a sua disponibilidade em participar do estudo. Quando a mulher aceitava, entrávamos em contato com ela e fazíamos a checagem dos critérios; estando de acordo com todos eles, agendávamos o dia e local apropriado e conveniente para a participante. Assim, várias pessoas indicaram participantes com as características desejadas, a partir de sua rede pessoal. As entrevistas foram realizadas até as narrativas apresentadas contemplarem os aspectos mais relevantes do estudo, quer dizer, quando chegamos ao entendimento de que o material coletado havia sido suficiente para atender aos objetivos propostos.

A constelação se distribuiu pelas cidades de Caruaru, Belo Jardim e Recife, todas cidades do estado de Pernambuco. Observamos que as três mulheres que possuíam menos ou apenas o ensino fundamental são residentes da cidade de Belo Jardim; nesta cidade, apenas uma das entrevistadas possuía pós graduação – especialização. Vou traçar a seguir um breve perfil de cada mulher entrevistada com alguns aspectos considerados relevantes das suas narrativas.

❖ **TINA:** Tem 54 anos, é uma mulher parda, solteira, residente na cidade de Recife. Declarou não ter religião e é graduada em história. Atualmente está desempregada e faz alguns “bicos” passando roupas. Reside com a mãe, que recebe uma renda de 2 salários mínimos. A situação de desemprego parece afetar bastante Tina, como sempre foi uma mulher que teve sua independência financeira e trabalhou até alguns anos atrás, essa situação de não

conseguir emprego mexe muito com ela. Apesar da frustração, tem procurado enxergar esse momento da vida como mais um ciclo diferente que vai superar.

A história de Tina com o benzodiazepínico começou porque estava sentindo taquicardia, falta de ar e chorava bastante; então procurou um clínico geral. Foi diagnosticada com depressão moderada. O medicamento prescrito foi Alprazolam, que ela tomou por mais de 01 ano. Este médico sugeriu que ela procurasse um psiquiatra e propôs psicoterapia.

No período em que começou a ter os sintomas, Tina relatou que não estava morando no estado de Pernambuco, ela havia se mudado para Tocantins por causa de uma oferta de trabalho. Na época, o filho tinha 16 anos. Não soube precisar o tempo em que morou lá, mas diz ter voltado por ter “adoecido” - termo utilizado por ela - embora relate como positivo o tempo e o trabalho que tinha em Tocantins. Sente-se mal com o tempo que passou em outro estado pela sua ausência em acompanhar o desenvolvimento do filho. Mas já sentia isso quando ainda morava aqui em Pernambuco e o filho era criança, porque tinha que trabalhar muito e não pode acompanhar como gostaria o desenvolvimento dele. Em nenhum momento Tina fez referência a alguma figura paterna do seu filho. Ele foi criado por ela e sua irmã.

Tina também relatou as dificuldades no relacionamento com a mãe, diz que desde a infância nunca foi aceita por ela. Quando voltou ao estado e teve que ir morar com ela, disse que a mãe não queria, mas acabou adoecendo e precisando dela. Tina demonstrou muito sofrimento ao lembrar de coisas que a mãe fez com ela na infância, as quais não explicitou, mas disse que eram esses conteúdos que povoavam a sua mente quando começou a sentir-se mal e ter os sintomas que a fez procurar ajuda médica. Em um momento da entrevista, sobre a suposta causa do seu “adoecimento”, ela afirma não saber o que mais a afetou: as lembranças da relação com a mãe na infância ou a falta do seu filho quando foi para outro estado: “Eu não sei o que foi mais forte, se foi ela (a mãe) ou a falta do meu bebê...”

No momento da entrevista ela não era uma usuária ativa do benzodiazepínico, mas é

uma usuária recorrente, ou seja, quando sente os sintomas retornando, procura o médico e volta a fazer uso.

❖ **BRANCA:** Tem 34 anos, é parda, casada, católica e residente na cidade de Recife. Ela é enfermeira e mora com o pai e o marido; tem uma renda familiar de mais de quatro salários mínimos. Contou que teve uma dor de cabeça muito forte no trabalho e tomou um remédio oferecido por uma colega, que lhe causou uma reação extrapiramidal, uma vontade de sair correndo... Esses sintomas, segundo Branca, começaram a piorar. Ela procurou o psiquiatra com esses sintomas: vontade de sair correndo, taquicardia... Foi diagnosticada com transtorno do pânico associado a depressão. Recebeu prescrição de Clonazepam, o qual tomou por 01 ano, e após isso, deixou de ir para as consultas; conseqüentemente, também deixou de usar a medicação. Foi proposta a psicoterapia, porém ela não fez.

Branca contou sobre a experiência que teve com a mãe na fase terminal de um câncer; a mesma faleceu há 04 anos. Ela diz que esse pode ter sido o motivo. Diz que teve que ser forte durante toda doença da mãe, pois era a filha única e que depois pode ter “descarregado”, pois não teve, no período, um “cano de escape”.

Branca também contou que essa não foi a primeira vez em que foi ao psiquiatra. Disse que 20 anos atrás teve depressão em função do término de um namoro; se sentia com baixa autoestima e nada fazia sentido... Mas ela distingue: da primeira vez só sentia tristeza e vontade de chorar, e da segunda vez (há 1 ano) sentia pânico.

❖ **ZINHA:** Tem 45 anos, é branca, casada e espírita. Reside na cidade de Recife e tem ensino médico completo; não declarou sua renda no questionário sociodemográfico, mas pode-se observar que a mesma apresenta um padrão de vida elevado, pelas características do local onde reside, objetos da casa, jóias... O marido da participante trabalha como

engenheiro e faz doutorado. Há 02 anos Zinha está de licença no trabalho, afastada por depressão. Na casa residem apenas ela e o marido.

Foi ao médico porque se diz muito ansiosa. Afirma que começou a ficar “muito agitada, muito atacada, muito estressada” e ainda sentia muita dor de cabeça, por isso, procurou o neurologista. Não soube dizer o diagnóstico que recebeu na época, mas foi prescrito Clonazepam (e ainda Fluoxetina – antidepressivo). Hoje, Zinha é acompanhada por psiquiatra e tem o diagnóstico de Depressão e Transtorno de Ansiedade. Ela faz uso do BZD há aproximadamente 27 anos. O primeiro médico prescritor não a encaminhou para avaliação psiquiátrica nem sugeriu psicoterapia, no entanto, Zinha já tentou fazer psicoterapia, mas não gostou.

Ela diz que os remédios são sua válvula de escape para lidar com as responsabilidades da vida, lidar com as demandas da casa, do trabalho e com seus medos. Ela se arrepende de não ter aproveitado as oportunidades que teve na vida quando mais jovem, de estudo e trabalho; hoje quer mudar sua vida, mas sente-se presa, sem forças para fazer diferente. Vive na dependência financeira do marido e teme que ele queira se separar. A sua forma de falar por vezes oscilava entre desorganização ou “brancos” e um aparente desejo de mostrar que tem comprometimentos psiquiátricos.

❖ **RITA:** Tem 33 anos, é divorciada, negra e não tem religião. Possui mestrado em Antropologia e se divide entre Recife e João Pessoa. Possui uma renda individual de até quatro salários mínimos. Ela relatou que foi levada ao psiquiatra pela primeira vez aos 8 anos de idade com depressão e lembra que o médico indicou o uso de algum remédio, mas a mãe não deixou que usasse. Aos 14 anos, foi novamente levada ao psiquiatra, segunda ela com sintomas depressivos. Contou que nesse período não conseguia sair de casa para ir à escola, ela estava iniciando o ensino médio e havia mudado de escola. Recebeu o diagnóstico de depressão e a prescrição de Diazepam, associado à Amitriptilina (antidepressivo). Tomou

Diazepam por 11 anos e atualmente faz uso de Clonazepam, já fazem 08 anos. O primeiro psiquiatra não sugeriu a psicoterapia, mas Rita já fez algumas vezes, embora atualmente não esteja fazendo.

Rita mostrou-se muito consciente sobre o saber-poder do médico e sobre suas estratégias de resistência a isso, mas também tem muita clareza de seu assujeitamento ao uso da substância. Ao mesmo tempo que quer fazer o desmame sugerido por sua atual médica, vê-se impelida a fazer uso até várias vezes durante o dia para conseguir dar conta das suas obrigações. Possui uma narrativa muito crítica e coerente sobre sua situação.

❖ **SÔNIA:** Tem 39 anos, é parda, divorciada, católica; é pedagoga, com especialização e mora atualmente com a mãe e o filho, na cidade de Belo Jardim. Declarou ter renda individual superior a quatro salários mínimos. Trabalhava como professora, e se identificava muito com o trabalho, porém teve que ser readaptada em outro cargo por causa de um problema de bursite. Agora trabalha num órgão com questões mais burocráticas.

Sônia é uma usuária recorrente de Clonazepam há 10 anos, ele foi receitado inicialmente por um neurologista. Procurou o médico por ser muito ansiosa e porque não estava conseguindo dormir. Sônia diz que só toma o medicamento quando não está conseguindo dormir de forma alguma e que só tomou constantemente no início. Ela contou que outros médicos já tentaram alternativas como fitoterápicos, sugeriram chás, mas segundo ela, nenhum outro recurso a ajuda. Apesar de não ter sido indicada a psicoterapia, diz ter vontade de fazer.

❖ **LINDA:** Tem 52 anos, é branca, solteira, não tem religião. Está concluindo um doutorado em design de moda e trabalha como professora universitária. Possui uma renda individual de mais de quatro salários mínimos. Reside sozinha na cidade de Caruaru.

Linda procurou a psiquiatra por causa de sintomas de depressão. Ela foi diagnosticada com depressão leve, sendo prescrito Alprazolam associado à Fluoxetina (antidepressivo). Ela

faz uso há 3 anos, com algumas interrupções nesse período. E já fez psicoterapia, inclusive por indicação da psiquiatra.

No dia da entrevista, Linda tinha vindo de uma emergência psiquiátrica, afirmou que não estava bem nesse dia e estava aparentemente medicada, mas quis dar a entrevista porque disse que seria um bom dia para conversar.

Ela contou que a primeira vez que procurou ajuda médica com os sintomas de depressão, foi num período em que assumia um cargo importante no seu trabalho, com grande responsabilidade, um acúmulo de atividades, e com o qual não se identificava. Ela disse que só começou a ter os sintomas após ter completado o período do cargo, “como se o corpo tivesse descansado” (*sic*). Depois desse período, ela já teve crises mais duas vezes (a terceira, atualmente). Na segunda vez, ela conta que estava fora do país, longe da família, e teve grande frustração numa relação de amizade com uma colega nesse país. Diz que se sente uma pessoa com baixa autoestima, insegura, impotente e sozinha. Também é cercada pelos temores do envelhecimento e o medo da solidão, de não encontrar alguém para constituir uma família com a idade que já tem. Dessa última vez com depressão, demonstrou o quanto o término do último relacionamento que teve a afetou e o quanto tem sido difícil a superação.

❖ **EVA:** Tem 27 anos, é negra, divorciada, não tem religião; tem ensino fundamental completo e não trabalha. Mora com a mãe, o filho e o sobrinho na cidade de Belo Jardim, possuindo renda familiar de até um salário mínimo. Ela foi ao clínico geral porque, segundo ela, havia entrado numa depressão após a perda da filha durante a gestação. Ele prescreveu Alprazolam, o qual ela faz uso ininterrupto há 10 anos, e não houve apresentação de outros meios terapêuticos. Eva também diz não querer procurar um psiquiatra porque, na sua cabeça, se for ao psiquiatra é porque ela é doida, então nunca se interessou em procurar.

Eva perdeu a filha na gravidez que teve aos 17 anos. Contou que ao descobrir uma traição do, até então, marido, sua pressão ficou alta e entrou num processo de pré-eclâmpsia.

A bebê não resistiu. Segundo ela, foi aí que começou a sua depressão. Ser mãe se constituiu um sonho pra ela e não se sente completa sem sê-lo, embora Eva tenha um filho adotivo, mas este, foi uma ideia que a mãe dela teve pouco tempo após ela ter perdido a bebê; tomou conhecimento de alguém que queria dar a criança e perguntou se ela queria; trouxe a criança e, de acordo com Eva, o menino que deu forças a ela. Mas ainda assim, se sente incompleta enquanto mulher por não ter sido até agora mãe de um filho biológico.

❖ **MARIA:** Tem 59 anos, é branca, tem uma união estável, é católica, tem ensino fundamental completo e atualmente não está trabalhando, reside com o marido na cidade de Belo Jardim e possui uma renda familiar de até dois salários mínimos. Maria disse que não estava dormindo, chorava muito e que é muito ansiosa, por isso procurou o clínico geral; ele receitou Clonazepam, que Maria toma há aproximadamente 06 anos. Não foi feita nenhuma avaliação psiquiátrica nem sugestão de outras terapêuticas.

Contou que depois da morte da sua mãe começou a ter insônia, ela quem cuidava da mãe quando ela estava doente; e também contou que outra coisa que a faz perder o sono ou ficar estressada é a bebedeira do marido. Se vê sem renda, dependendo do marido, que gasta grande parte do dinheiro com bebida e não dá conta das coisas da casa, que, segundo ela, está caindo aos pedaços. Diz que não pode fazer nada porque não tem renda e não consegue voltar a trabalhar porque não tem disposição. Esse cenário do marido alcoolista afeta a vida sexual deles e também a qualidade do sono de Maria; nesses momentos ela diz tomar o remédio.

❖ **ISAURA:** Tem 55 anos, é branca, casada, evangélica, tem ensino fundamental incompleto e não trabalha. Divide sua estadia entre a casa com o marido, o filho e a nora e em outros dias com o irmão e as sobrinhas (que ajuda a criar), no município de Belo Jardim; não soube informar a renda familiar.

Foi levada a algum médico quando ainda era criança (não soube dizer a especialidade do médico e nem a idade que tinha na época), por ficar agitada/aperreada demais, então

começou a ser medicada ainda na infância; disse que tomava um medicamento - o qual não soube precisar o nome - que a deixava calma e que ela dormia muito. Voltou a ir para o médico já um pouco mais velha, também levada pela mãe, e foi prescrito Diazepam, o qual fez uso por aproximadamente 34 anos. Há 5 meses o médico fez uma alteração e trocou para outro BZD, o Clonazepam. Ela não soube dizer qual o diagnóstico dado. Atualmente é acompanhada pelo clínico geral e nenhum outro meio terapêutico foi sugerido.

1.2 Material

O instrumento escolhido para a pesquisa foi a Entrevista Narrativa. De acordo com Jovchelovitch e Bauer (2008), numa narrativa qualquer experiência humana pode ser expressa; eles afirmam que “através da narrativa, as pessoas lembram o que aconteceu, colocam a experiência em uma sequência, encontram possíveis explicações para isso, e jogam com a cadeia de acontecimentos que constroem a vida individual e social” (p. 91). Segundo Wittizorecki et al (2006) por meio do narrar atribuímos significado ao mundo, sendo, portanto, uma dimensão fundamental para a comunicação humana. Roland Barthes (1993, citado por Jovchelovitch & Bauer, 2002, p. 91) diz que "a narrativa é internacional, trans-histórica, transcultural: ela está simplesmente ali, como a própria vida” para salientar que a narrativa está presente em qualquer tempo, lugar ou sociedade, ainda que de infinitas formas, pois faz parte da própria história da humanidade.

O modelo de Entrevista Narrativa (EN) foi escolhido uma vez que privilegia conhecer a realidade do que é experienciado pelas entrevistadas, mostra a perspectiva da entrevistada, as interpretações particulares do seu mundo (Jovchelovitch & Bauer, 2002). Para ativar o esquema da história ou provocar narrações das entrevistadas (informantes) o tópico inicial disparador foi: “*Queria que você falasse sobre quando você começou a usar este medicamento, o que te levou a fazer uso...*”

1.3 Procedimentos de produção dos dados

As entrevistas foram realizadas individualmente, em um local conveniente para as entrevistadas, indicado por elas, assegurando a privacidade destas. Ao encontrar com as participantes, foi feita uma conversa inicial para estabelecer um *rapport*; após esse breve momento em que se estabelecia uma sintonia, uma relação empática entre participante e entrevistadora, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice A), nele foi explicado, entre outras coisas, os objetivos deste estudo. A forma com que este fora apresentado variou conforme a participante. Algumas poucas optaram por ler elas próprias o TCLE, outras preferiram que eu o apresentasse. Ao final, foi assegurado que todas tivessem realmente compreendido os pontos abordados nele e, tendo sido esclarecidas quaisquer dúvidas, puderam assinar o termo para, somente então, dar início a entrevista.

Após a assinatura do TCLE, as participantes preencheram um questionário com informações sobre o seu perfil sociodemográfico (Apêndice B), algumas poucas pediram para a entrevistadora preencher. Em seguida, foi pedida a permissão da participante para que a entrevista fosse gravada (em gravador digital de voz) a fim de captar com maior riqueza de detalhes possível as informações produzidas durante a entrevista. Nenhuma das participantes se opôs ao pedido, então, ao iniciar a gravação, se lançava o tópico disparador mencionado anteriormente. Algumas entrevistas transcorreram com grandes narrativas da participante, outras, por serem mais objetivas nas respostas, requereram maiores estímulos, assim, mais perguntas foram feitas ao longo da conversa, mas procurando esclarecer alguma fala ou dar maior amplitude à narrativa.

Ao sentir que a narrativa já chegava numa conclusiva, foi perguntado a cada participante se ela gostaria de acrescentar mais alguma informação. Ao término, houve um agradecimento pela disponibilidade em fazer parte do estudo compartilhando sua experiência.

Uma nova etapa foi iniciada após as entrevistas: a transcrição do material produzido.

Deste modo, as gravações foram ouvidas e transcritas com a máxima riqueza de detalhes possível. Foram observadas características para-linguísticas como risos, pausas, tom de voz, choros, etc. uma vez que esses elementos tonalizam a vivência do sujeito e são valiosos numa pesquisa com delineamento qualitativo.

As participantes receberam nomes fictícios de modo a resguardar sua identidade. O arquivo com as gravações das entrevistas foi guardado em local seguro sob a responsabilidade da pesquisadora, e será mantido por um período de no mínimo 05 anos².

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Pernambuco para garantir a integridade das participantes e a legitimidade da pesquisa, e recebeu financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), fundação do Ministério da Educação (MEC).

1.4 Procedimento de análise dos dados

A partir das narrativas construídas nas entrevistas foi realizada uma análise dos enunciados, com inspiração foucaultiana. Este estilo de análise permite um deslocamento das estruturas fixas, da história tradicional, para a irrupção dos acontecimentos; isto significa “manter a indeterminação do enunciado, a possibilidade das coisas serem designadas por um enunciado sempre determinável e não determinado” (Temple, 2013, p. 145), apontando, portanto, para as possibilidades ao invés da permanência.

O objetivo de tal análise, se é que podemos dizer assim, é destituir a raridade do enunciado realizada pelas práticas discursivas. Quando Foucault fala de raridade ele está se referindo a capacidade de alguns enunciados prevalecerem dentre tantos outros, a ponto de tornar-se como que único (raro), natural. Se propõe desta forma, na análise enunciativa, a “percorrer a história desses enunciados para analisar as práticas restritivas da palavra que

² Este tempo foi baseado no período aconselhado pela Resolução CFP N.º 007/2003 para a guarda de documentos produzidos pelo psicólogo, decorrentes de avaliação psicológica.

limitam, a um discurso, as infinitas possibilidades de enunciar um acontecimento” (Temple, 2013, p. 40), práticas discursivas que dominam a irrupção dos acontecimentos. Temple (2013) ainda assinala que “fazer a história da ‘vontade de verdade’ a partir da raridade do discurso considera, primeiramente, os acontecimentos e, posteriormente, como estes acontecimentos foram analisados, refletidos, calculados, comentados, esquadrihados, enfim, racionalizados” (p. 39).

Assim, apesar do que pode sugerir o nome, percebe-se que a análise dos enunciados não é uma análise linguística, ou uma interpretação dos sentidos ocultos ou inconscientes das falas, do não-dito no sentido psicanalítico – o latente, mas sim, o não-dito no sentido daquilo que fora excluído, calado, esquecido. O próprio Foucault (2008, p. 123) afirma:

a análise dos enunciados não pretende ser uma descrição total, exaustiva da ‘linguagem’ ou de ‘o que foi dito’. . . . Ela não toma o lugar de uma análise lógica das proposições, de uma análise gramatical das frases, de uma análise psicológica ou contextual das formulações: constitui uma outra maneira de abordar as performances verbais, de dissociar sua complexidade, de isolar os termos que aí se entrecruzam e de demarcar as diversas regularidades a que obedecem.

Em síntese, buscou-se na análise desta dissertação, questionar, problematizar – porque é no problema que se exercita o pensamento, como sugere Ferreira Neto (2004) – as práticas que levaram à regularidade dos acontecimentos, que fizeram com que acontecimentos específicos prevalecessem à multiplicidade de acontecimentos possíveis. A problematização é que possibilita o trabalho crítico do pensamento, que é pensar diferentemente do que se pensa e desprender-se de si mesmo. A linearidade da causa e efeito, a descoberta de uma verdade, a busca pela essência é dispensada nesta *techné* de investigação; a pretensão é dar visibilidade às tensões, pois essas relações de força que são o solo de emergência, as condições de existência de determinadas práticas discursivas aqui cartografadas.

2 MEDICALIZAÇÃO E USO DOS BENZODIAZEPÍNICOS

2.1 A objetificação do corpo pelo saber/poder médico

A busca pela saúde é um imperativo que acompanha as sociedades há muito tempo, talvez ainda mais fortemente na atualidade, a ponto de Schramm (2006, p.196) afirmar que hoje, “a saúde não é mais, em última instância, um direito do cidadão e um dever do Estado, mas, ao contrário, um dever do cidadão e um direito do Estado.” Pensar sobre a definição de saúde é, comumente, distingui-la da ideia de doença e ainda a correlacionar ao conceito de normal (patológico/anormal como o seu contrário). Logo, a busca por saúde torna-se a busca pelo normal. E o que viria a ser o normal? Quem o estabeleceria?

No dicionário Michaelis, normal quer dizer: a norma; regular; que é comum e que está presente na maioria dos casos; habitual, natural, usual. Veja, então normal também se confunde com natural que, por sua vez, diz respeito aquilo que é pertencente à natureza. Então, seguindo essa lógica, para atender ao imperativo de ser saudável, ser normal, é preciso estar em consonância com a natureza, de acordo com essa definição. Deste modo, muito facilmente chegamos à conclusão de que se você estiver fora da normalidade, quer dizer, doente, a intervenção precisa acontecer sobre sua natureza, seu organismo, seu corpo, o *locus* da saúde e das ameaças a ela.

Foucault (2014a, p.65) afirmou que o corpo é uma “superfície de inscrição dos acontecimentos”, no entanto, está falando de um corpo com atravessamentos da cultura, e não aprisionado ao contexto biológico, ou seja, de um corpo fabricado. “O corpo é produto ou resultado de certos modos de adequação a regimes de produção e sujeição, uma vez que é nele e através dele que se aplicam as normas e regras de uma sociedade” (Cardoso, Ferreira, Santos & Monteiro, 2016, p. 557), como afirma Foucault, “as relações de poder têm alcance imediato sobre ele” (2013, p.28).

Entre os séculos XVII e XVIII o corpo é visto como uma máquina, passível de ser manipulado e adestrado. Tal controle dos corpos se daria por “um saber estratégico capaz de produzir uma aptidão aumentada para força de trabalho e uma aptidão reduzida em termos políticos de discussão” (Cardoso et al, 2016, p. 557). Assim, seriam fabricados corpos dóceis e submissos, como disse Foucault (2013, p.133):

O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia política” que é também igualmente uma “mecânica do poder”, está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros.

A concepção de corpo que se tinha na Idade Média foi alterada com a chegada do capitalismo. Na Idade Média o corpo era considerado como lugar das tentações, as quais a Igreja buscava ter controle através da repressão de determinados comportamentos. Foi durante o século XVIII, com a chegada do capitalismo, que a punição imputada ao corpo deixou de ser fundamentada no castigo físico, lançando-se mão de técnicas mais sutis, veladas; vai ganhando forma um tipo de poder disciplinar. Esse poder vai se consolidando e saberes sobre o corpo foram fundados para lidar com aqueles que desviassem da norma estabelecida, quer dizer, os anormais, os doentes. Foucault (2014a, p.234) afirma:

é o corpo da sociedade que se torna, no decorrer do século XIX, o novo princípio. E este corpo que será preciso proteger, de um modo quase médico: . . . serão aplicadas receitas, terapêuticas como a eliminação dos doentes, o controle dos contagiosos, a exclusão dos delinquentes. A eliminação pelo suplício é, assim, substituída por métodos de assepsia...

É a partir do século XIX então, que o corpo passa a ser alvo de investigação científica, é objetificado. A medicina obteve destaque nessas análises e intervenções sobre o corpo, conforme Cardoso, Ferreira, Santos e Monteiro (2016, p. 565), ela “investe nos corpos, procura medicá-los, redirecioná-los, extrair dos indivíduos conhecimentos, a partir do momento em que eles passam a ser ‘coisa médica’ sobre a superfície da pele ou entre os signos do comportamento”.

O discurso médico torna-se um importante dispositivo que estabelece regimes de verdade sobre o que é saúde e doença, ou seja, estabelece o normal e o anormal. Vamos antes entender o que é discurso e dispositivo para Michel Foucault. Discurso seria o “conjunto de enunciados que se apoia em um mesmo sistema de formação; é assim que poderei falar do discurso clínico, do discurso econômico, do discurso da história natural, do discurso psiquiátrico.” (2008, p. 122). O discurso molda subjetivações e é, segundo Foucault, “a reverberação de uma verdade nascendo diante de seus próprios olhos” (2014b, p. 46). Já dispositivo, diz respeito a:

um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não-dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos” (2014a, p.244)

O filósofo Agamben (2009, p. 40) amplia seu conceito dizendo que dispositivo é “qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres viventes” e mais adiante afirma que “dispositivo é, antes de tudo, uma máquina que produz subjetivações e somente enquanto tal é também uma máquina de governo” (Agamben, 2009, p.46).

O discurso médico, assim, se estabelece como dispositivo, práticas discursivas que estão autorizadas a identificar, tratar e até segregar aqueles que não estiverem conforme a norma, fabricando corpos silenciados e submissos, em nome do deus Ciência. Destarte, Foucault diz: “O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica” (2014a, p. 144). Para Foucault, o biopoder, o poder sobre a vida, ao longo do século XIX se desdobrou em duas direções: a disciplina (individualizante) e a biopolítica (totalizante). Esta última reflete a ação do Estado no controle da população, enquanto a primeira tem como objeto o corpo individual. Assim sendo, podemos pensar que a medicina tem adotado essas duas finalidades do biopoder: atua como estratégia biopolítica, uma vez que persegue o

equilíbrio, a regulação da população; e como técnica disciplinar, se propondo a obter corpos politicamente dóceis e economicamente úteis.

É válido salientar que esse poder que pode aparentar estar localizado, situado, ser unilateral e unívoco, é, na verdade, multilateral, sem pontos fixos, atravessa vários discursos e perpassa todas as relações, “o poder está em toda parte; não porque engloba tudo, e sim porque provém de todos os lugares” (Foucault, 2011, p. 103). E, não necessariamente ou somente, subjuga, assujeita, mas produz modos de subjetivação que possibilitam também resistência e subversão. Conforme Foucault (2004, p.08):

O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito, é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir.

O biopoder tem ganhado forças ao longo de séculos, difundido em dispositivos que objetivam a normalização dos sujeitos, com práticas discursivas que corrigem os corpos que estiverem fora das normas estabelecidas. Para Foucault (1999, p. 295), “o poder é cada vez menos o direito de fazer morrer e cada vez mais o direito de intervir na maneira de viver, e no ‘como’ da vida”. Essa normalidade inventada, esses modos de subjetivação conformados e fabricados são regulados pelo dispositivo da medicalização³, que atua por estratégias legitimadas político, social e cientificamente. O poder da medicina atua como “uma força que *produz* realidades, criando determinadas práticas e discursos que engendram novas maneiras de os indivíduos entenderem, regularem e experimentarem seus corpos e sentimentos” (Aguar, 2004, p. 55).

A medicalização, portanto, é um dispositivo que transforma aspectos da vida humana em objetos de intervenção médica, por assim dizer. Segundo Guarido (2007, p. 159), “as

³ E não apenas este dispositivo; os modos de subjetivação são atravessados por múltiplas e contraditórias práticas discursivas, porém, aqui neste trabalho focaremos no dispositivo da medicalização.

formas de viver, o exercício das possibilidades da vida, o cultivo da saúde, os domínios sobre a sexualidade, assim como os sofrimentos existenciais serão objetos de saber e poder”. E a base de todos esses fenômenos será orgânica, ou seja, assistimos, por exemplo, a naturalização do sofrimento psíquico, com a pretensão do controle.

Esta lógica médica desconsidera o campo de forças que atua sobre os modos de subjetivação, como condições sociais, econômicas e históricas expressas em “problemas” supostamente individuais. Como sugerem Rosa e Winograd (2011, p.43) “os saberes e práticas no campo da saúde mental têm sido um dispositivo essencial para o exercício do poder que se caracteriza pela engenharia da própria vida em níveis tão cotidianos e banais quanto elementares”. Em uma das entrevistas realizadas, a participante Rita conta sobre uma experiência que o ex-marido teve quando foi a um psiquiatra:

- Doutor, eu estou sentindo uma coisa estranha!

- O quê?

- Muitas vezes eu estou durante o dia na faculdade e no trabalho não sei o quê... E eu sinto uma angústia muito forte! É uma sensação de angústia que me deixa muito oprimido não sei o quê, não sei o quê...

Aí ele olhou pro meu marido e fez:

- Vou passar uma receita aqui pra você... É... Rivotril de 0,25 mg que é sublingual! Quando você sentir essa angústia, bote o comprimido debaixo da língua que em dez minutos você vai ficar bom!

Vemos uma patologização dos comportamentos; algumas experiências da vida, como angústia, tristeza, luto, cansaço, são inscritas no campo do transtorno, da doença, que precisam, logo, serem tratadas. Convivemos com:

sofrimentos psíquicos codificados em termos de uma nomeação própria do discurso médico, que se socializa amplamente e passa a ordenar a relação do indivíduo com sua subjetividade e seus sofrimentos. Diante disso, as dimensões conflitiva, imprevisível, irreduzível e inapreensível da subjetividade vêm sendo negadas e tratadas como meras abstrações psicanalítico-filosóficas. (Guarido, 2007, p. 159)

Talvez por isso encontramos poucos casos (apenas três) nos relatos das entrevistadas de sugestão por parte dos médicos da psicoterapia ou outras práticas psicológicas enquanto

ferramenta terapêutica também possível, uma vez que estas podem acolher modos diferentes de subjetivação, talvez até destoantes da norma estabelecida; envolvem um processo mais demorado, trabalhoso e doloroso, algo indesejável numa sociedade cujos discursos dominantes pressupõem aquilo (e aqueles!) que está fora da norma como doença e, portanto, como um estado orgânico não desejável, que deve ser ajustado, tratado, curado, banido.

Outra leitura pode ser feita a partir dos dados produzidos aqui nesta pesquisa sobre a baixa indicação e/ou busca por psicoterapia: refere-se ao fato de que os serviços psicoterapêuticos ainda são elitizados e, portanto, não contemplam a população de baixa renda. Percebe-se que os casos em que houve a consulta de algum psiquiatra ou psicólogo são aqueles em que a mulher tem uma condição social mais elevada; as de classe mais baixa foram todas a um clínico geral e não tiveram nenhuma experiência com serviços psicológicos. Os serviços do governo que ofertam acompanhamento psicossocial estão abarrotados e não dão conta do contingente que demanda o serviço. Nas cidades do interior, certamente ainda há uma maior precariedade desses serviços. Em Belo Jardim, a única entrevistada que teve acesso à psicoterapia - Sônia (39 anos) - tem um poder aquisitivo bem maior e paga por um atendimento particular; além disso, ao ter dificuldades em encontrar psicoterapeutas na cidade (não só pelo número reduzido, mas também por muita gente se conhecer, já que a cidade é pequena), precisaria se deslocar a uma cidade vizinha com maior desenvolvimento; quer dizer, isso afasta ainda mais as possibilidades das outras mulheres (ou pessoas, de modo geral) que não tem o mesmo poder aquisitivo, acessar os serviços psicológicos.

Além desta situação, uma das entrevistadas ao ser perguntada se já procurou por algum serviço de práticas psicológicas respondeu:

“Se eu for procurar essas coisas eu vou ficar me achando que eu sou uma doida!”

(Eva, 27 anos)

Quer dizer, existe ainda, e mais fortemente nas camadas mais baixas e com uma escolaridade

menor, um estereótipo de que psicólogo é “coisa de doido”. Talvez porque durante tanto tempo na história tenha sido nos manicômios que a presença do profissional de psicologia tenha se feito notar.

Daí, na área de saúde mental, corriqueiramente, ignora-se a irrupção dos acontecimentos e se recai em discursos raros⁴; o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM⁵) é uma materialização disto. A cada nova versão lançada testemunhamos o aumento do número de diagnósticos apresentados; de acordo com Yasui e Lemos (2016), a última edição lançada, o DSM V, foi bastante criticada por exageros, pois ela incluiria como tema grande parte de comportamentos e aflições cotidianas. Estaríamos vivendo, pois, uma epidemia de diagnósticos psiquiátricos (Yasui & Lemos, 2016); não à toa assistimos ao crescente diagnóstico de pessoas com Depressão e Transtornos de Ansiedade. Além disso, com a disseminação do DSM na formação médica geral, temos um cenário no qual os diagnósticos de ordem psiquiátrica e intervenção medicamentosa podem ser feitos por clínicos de qualquer especialidade, o que pode indicar certo grau de banalização desses diagnósticos que, por sua vez, abre espaço para uma das dimensões da medicalização da vida que é a medicamentação – relação abusiva com os medicamentos, promovida justamente por tal controle médico sobre a vida, pela patologização dos comportamentos. Das nove entrevistas realizadas, seis dos diagnósticos e prescrições foram feitos por médicos clínicos gerais e neurologistas. Apenas em um caso houve encaminhamento para uma avaliação psiquiátrica. Para Costa e Silva (2001, citado em Aguiar, 2004, p. 34):

Há uma psiquiatrização ocorrendo na sociedade. Já existem quase 500 tipos descritos de transtorno mental e do comportamento. Com tantas descrições, quase ninguém escaparia a um diagnóstico de problemas mentais. Se o sujeito é tímido e você forçar um pouquinho, ele pode ser enquadrado na categoria de fobia social. Se ele tem mania,

⁴ Para Foucault, a raridade diz respeito aqueles discursos que se tornam únicos, naturais; aquele discurso que prevalece.

⁵ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

leva um diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo. Se a criança está agitada na escola, podem achar que está tendo um transtorno de atenção e hiperatividade. . . . Houve um excesso de diagnósticos psiquiátricos. Essa variedade atende mais aos interesses e à saúde financeira da indústria que à saúde dos pacientes.

Esta banalização de diagnósticos pode ser percebida quando umas das entrevistadas ao iniciar a sua narrativa disse: *“Então... Eu tenho vários diagnósticos psiquiátricos!”* (Rita, 33 anos; tomou Diazepam por 11 anos e toma Clonazepam há 08 anos), ela afirma ter sido levada ao médico pela primeira vez com depressão, aos 08 anos de idade. A entrevistada Isaura também afirmou ter ido ainda criança, e o motivo que ela lembra para ter sido levada foi a agitação:

“. . . eu ficava agitada demais... e aperreada demais, aí minha mãe pegou dava uns medicamentos para eu ficar mais calma e eu dormia era muito... dormia era muito, passava o dia quase todo dormindo.” (Isaura, 55 anos)

Isaura desde então começou a fazer uso de psicotrópico, usando por 34 anos o mesmo benzodiazepínico, substituído por outro apenas há alguns meses.

Aguiar (2004) aponta que o medicamento funciona muitas vezes como um marcador biológico para fixar um diagnóstico de transtorno mental. É que para a medicina, um bom instrumento diagnóstico é aquele que permite identificar um marcador biológico que seja específico de uma determinada doença. Ao não ser possível estabelecer uma determinação causal é pela correlação de determinados marcadores biológicos em relação a uma média encontrada na população que ocorre a diferenciação entre doença e normalidade. Tais marcadores são bons quando são estáveis, específicos e objetivos. Por isso, o bom estabelecimento de um diagnóstico não se basearia na narrativa do paciente, avaliação subjetiva. A partir do século XIX a medicina foi cada vez mais sendo instrumentalizada, fazendo com que se baseassem cada vez menos nos relatos dos pacientes.

Porém, quando tratamos de diagnósticos psiquiátricos, isso seria um pouco mais complexo, uma vez que seu principal instrumental seria a conversa e a observação; não há

marcador biológico, não há determinação causal para traçar o diagnóstico. O DSM III (mais especificamente) foi produzido no intuito de fornecer critérios objetivos e observáveis facilmente, para que os clínicos e pesquisadores não deixassem que seus diagnósticos sofressem interferências das inclinações teóricas e avaliações subjetivas. Tudo isso tem forte potencial de tornar a relação entre médico e paciente uma relação automatizada, na qual não se busca acolher o sofrimento psíquico que o paciente apresenta, mas identificar os sintomas para um diagnóstico que só é bom quando é objetivo, e traçar um método de tratamento igualmente objetivo. Rita, ao falar sobre suas idas a vários psiquiatras, queixou-se:

“Todos os psiquiatras que eu fui eram sempre:

- O que é que você sente?

- Ah, eu acho que eu tô deprimida...

- Certo, você dorme bem?

- Não!

- Você está comendo bem?

- Não!

- Você não sei o que...?

Receita e ‘pá’! É automático assim! Tanto que eu já fui pra vários psiquiatras só pra, tipo, chegar e ter uma receita.

. . . psiquiatra, para mim a sensação, de ter experiência desde a infância, né, com esses médicos, a sensação é de que ele só, ele só tem a... como é que eu falo pra minha mãe? Ele só tem esse bloco de receita azul que eu preciso dele, só! Eu não preciso do médic... era como se o médico não tivesse a menor função ali” (Rita, 33 anos)

Rita nos relata atendimentos cuja preocupação era diagnosticar e tratar e, com tal fim, acabaram por deixar de lado o sujeito por trás dos sintomas, levando à primazia destes. Aguiar (2004) sinaliza que o DSM tornou possível para a psiquiatria um processo de abstração que tem como efeito uma confusão entre síndrome (grupos de sinais e sintomas) e doenças,

isolando os sintomas como algo transcendente ao sujeito que os sofre e tomando-os como expressão de entidades universais. Desse modo, só têm relevância os sintomas que puderem constituir sinais da ‘doença’. Da narrativa do paciente só tem importância o que puder ser traduzido em critérios diagnósticos. . . . A relação do sintoma com os processos de vida e a experiência subjetiva do paciente podem ficar absolutamente de lado. (p. 32)

Sobre essa atitude de desvalorização da narrativa do paciente, Rita ainda diz:

“É bizarro a a a... a relação que você estabelece, a relação que você não estabelece na verdade, com essas pessoas que receitam remédios psiquiátricos para você e que você... elas não sabem nada da sua vida! Elas não escutam você. Elas não sabem o que foi que você viveu, elas não sabem nada. Elas nem perguntam nem: “Você faz o quê? Você trabalha em quê? Você trabalha?” Sabe? Tipo, não perguntam, é como se fosse só uma criatura que tem um carimbo e pode assinar e eu posso comprar remédio na farmácia. Psiquiatra para mim a vida toda foram essas pessoas assim...”

Aguiar (2004) assinala que o transtorno passa a existir realmente na sociedade quando surge um tratamento novo, o que torna imperativo o recrutamento de pessoas que respondam ao medicamento; como ele diz, as pessoas passam, desta forma, a serem territorializadas no domínio de certo diagnóstico. Este autor denuncia:

O que leva os médicos a aplicar um determinado diagnóstico, isto é, reconhecer em seus pacientes determinadas características, sinais e sintomas, é, em grande parte, efeito da disponibilidade dos métodos terapêuticos que estão ao seu alcance. Por exemplo, quando um novo antidepressivo é lançado no mercado trazendo características de ser também um ansiolítico, diferentemente de seus antecessores, o médico prestará muito mais atenção à existência de sintomas ansiosos em seus pacientes. Isso terá efeitos na maneira como ele dirigirá suas perguntas ao paciente e este, por sua vez, valorizará determinados elementos das experiências vividas, em função do interesse do médico (2004, p. 34).

Ou seja, parafraseando o autor, os critérios para o diagnóstico podem até ter sintomas objetivos, no entanto, a ação de diagnosticar não está livre de efeitos subjetivos.

Em busca de uma objetividade é que se estabeleceu o orgânico como o destino das intervenções, o corpo como objeto de governo da vida. As doenças sentidas e experimentadas como estados orgânicos, têm método de enfrentamento igualmente "natural" que consiste na intervenção científica da Medicina e/ou dos medicamentos sobre o organismo, restabelecendo rapidamente a normalidade (Lefèvre, 1983). Rita revela esse enfoque orgânico quando conta que aos 14 anos estava indo para o 1º ano do Ensino Médio e teve que mudar de escola, ela disse que não queria ir para a nova escola e afirma:

“Eu tava obviamente deprimida de novo e não conseguia sair de casa para ir pra escola, e aí voltei de novo ao psiquiatra . . . E aí o psiquiatra: ‘Aah... você tá deprimida, isso é um desequilíbrio eletroquímico no seu cérebro... Você vai tomar um remédio e você vai ficar boa e tal...’” (Rita, 33 anos)

A lógica está clara: uma vez que o sofrimento se dá por meio de um desequilíbrio bioquímico, a solução ocorre via substâncias que atuam no cérebro. Destarte, temos as condições de emergência dos psicofármacos - sanar a dor mental tornou-se uma possibilidade. Essa esperança ganha terreno quando se parte do pressuposto de que a verdadeira causa do sofrimento psíquico é o desequilíbrio neuroquímico. Trata-se de um projeto de naturalização do psiquismo (Rosa & Winograd, 2011). Esse pressuposto gera uma falsa sensação de controle sobre os efeitos “negativos” de vários aspectos da vida humana, como morte, doença, sofrimento... Isso pode levar a uma crescente diminuição do repertório emocional dos sujeitos sobre dimensões da vida. Rita manifesta um pouco dessa diminuição de repertório e dificuldade em viver a vida:

“Inclusive eu tenho tomado até durante o dia assim... Parto o comprimido em quatro, porque algum dia acordo: crise de ansiedade e me tremendo... vou e tomo.”

Em outro trecho:

“Ah, não, eu tomo remédio psiquiátrico, eu vou no psiquiatra, eu faço psicoterapia, eu tenho que fazer tudo isso, porque se não, eu não consigo viver a vida... tranquilamente.” Gostaria de saber como é você simplesmente viver assim sem... (risos) sem precisar desses artificios, mas não consigo! (Rita, 33 anos)

Está cada vez mais difícil (se é que é possível) diferenciar um sofrimento psíquico ligado a dificuldades existenciais, do sofrimento relacionado às patologias psiquiátricas. Somos cooptados pelo discurso biomédico e vivenciamos como disfunções químicas cerebrais muitas questões sociais, econômicas, políticas, religiosas, culturais, existenciais. E muitos recorrem exclusivamente à ação dos psicofármacos como solução mágica para os problemas.

Maria nos fala sobre as circunstâncias em que toma o remédio prescrito pelo médico:

Maria: - *Às vezes me dá um negócio assim, eu sinto que toma aquilo tudin meu... eu fico dormente, vai tomando aquele negócio assim em mim, como se fosse tomando toda eu, eu adormecendo.*

Entrevistadora: - *E aí a senhora toma?*

Maria: - *Vou e tomo uma bandinha... aí passa.*

Entrevistadora: - *Mas quais são as situações que deixam a senhora se sentindo assim?*
Maria: - *É meu marido bebendo, né, mulé! E... eu tô só com a renda dele e minha casa tá pra arrumar, né? Aí eu vejo a minha casa lá caindo aos pedaços, que eu acho que você viu lá, logo o homem fez o primeiro andar e ficou minha casa ruim, aí eu vejo aquilo e não posso fazer nada e com vontade de trabalhar e sem vontade de ir, tá entendendo? Vontade de ajeitar pra me aposentar, mas não pode... que mudaram.* (Maria, 59 anos, toma Clonazepam há 06 anos)

Vemos no caso de Maria, ressonâncias de questões econômicas, políticas, sociais e afetivas sobre seu sofrimento psíquico. E como não se potencializa ferramentas outras para lidar com essas questões que têm permeado a sua existência, o benzodiazepínico tem sido central como artifício de suporte para os sofrimentos e pressões produzidos pela vida contemporânea. Na entrevista de Zinha também podemos observar efeitos dessa medicalização da vida (em sua dimensão de medicamentação):

Zinha: - . . . às vezes, eu tenho medo de, de, de ficar tomando ele direto porque eu acho, às vezes eu acho, eu sinto que eu tô fugindo de uma coisa, de uma realidade que na verdade eu não quero é... enfrentar! . . .

Entrevistadora: - *E qual seria essa realidade que você acha que não quer enfrentar?*

Zinha: - *Os desafios do dia-a-dia, visse? Às vezes, às vezes me trava muito esse, esse... isso, né, os desafios do dia-a-dia.*

Mais adiante ela afirma:

“Pra mim a parte financeira hoje em dia tá... aí o que que acontece? Aí eu... isso vai me dando angústia, vai me dando... aí eu tomo logo meu Rivotril®. Entendeu? E qualquer coisa de raiva, de ansiedade, de preocupação, eu já vivo com ele na bolsa, cortadinho, no negocinho que eu já boto ele na boca!” (Zinha, 45 anos, toma Clonazepam há 27 anos aproximadamente)

Quando alguma pessoa apresenta algum comportamento que nos soa desajustado, logo questionamos em tom de brincadeira: “Não tomou o remédio hoje, né?”. Em nossa casa nos abastecemos logo de vários tipos de remédios e quando viajamos levamos nossa farmácia ambulante. E aqueles remédios popularizados como “de tarja preta”, “controlados”, acabam por ser utilizados indiscriminadamente, parecem mais remédios “descontrolados”. Talvez, ao invés de os chamar “remédios controlados”, devêssemos chamá-los de “remédios controladores”. Rita conta como remédios psicotrópicos fizeram parte da sua vida, não só por meio de prescrição médica, mas por automedicação desde muito nova, porque fazia parte da

“farmácia” da casa. Ela se referia à época em que voltou ao psiquiatra, com 14 anos, e foi diagnosticada com depressão; ele receitou Amitriptilina (antidepressivo) e Diazepam (ansiolítico da classe dos benzodiazepínicos):

“E aí, na época, ele me receitou Diazepam 10 mg, mas aí antes disso, eu não tomava nenhum antidepressivo, mas a minha avó tomava... é... Lexotan® - que ela era hipertensa e pá, não sei quê - e esse remédio sempre esteve na caixa de remédios da casa, não tinha essa coisa de você dizer: ‘Ah, eu não tô conseguindo dormir à noite e preciso... ah, eu tô ansiosa, alguma coisa...’, não! Tipo... eu tava, eu não conseguia dormir de noite muitas vezes e eu estudava de manhã e quando não conseguia dormir eu ia na caixa de remédio, tomava um Lexotan® e dormia!”

O dispositivo da medicalização está amplamente disseminado, e até em serviços substitutivos de saúde mental encontramos essa prática biologizante, curativa, focada no sintoma; Zinha, que frequenta um serviço substitutivo de saúde mental da cidade do Recife, fala sobre parte de sua rotina na instituição:

Zinha: - Eu tomo o Fluoxetina, tomo o Rivotril também lá... Quando eu tô mais atac... quando eles veem que a gente tá mais chorosa, assim mais depressivazinha eles dão pra a gente se acalmar... Lá cada pessoa tem uma pastazinha com sua vida todinha.

Entrevistadora: - O que você acha disso?

Zinha: - Eu acho bom, eu acho bom... porque, às vezes, muitas vezes eu cheguei lá chorando, com muita dor de cabeça, com muito “atacamento”, eles deram um remedinho e a gente fica lá num quartinho pra dormir tranquilazinha... eu gostei, gostei. (Zinha, 45 anos)

2.2 Surgimento dos benzodiazepínicos e o seu uso pelas mulheres entrevistadas

Neste terreno em que os psicotrópicos ganham tamanha força, a classe dos Benzodiazepínicos (BZD) se destaca entre os psicotrópicos mais prescritos no Ocidente. Alguns nomes bastante popularizados são Diazepam, Rivotril®, Alprazolam, Lexotan®.

O cenário mundial da década de 60, década de surgimento do primeiro benzodiazepínico, foi de revoluções políticas, sociais, culturais, comportamentais, que geraram instabilidade e tensões; ao passo que também se acompanhava ávidas conquistas da Ciência, o mundo artificial alcançável e tudo parecia possível. Este cenário parece propício

para o fomento da medicamentação, seja pelo nível de sofrimento vivenciado pelas pessoas, seja como estratégia biopolítica de regulação e fabricação de corpos dóceis, silenciados e submissos. No período que antecedeu o desenvolvimento dos benzodiazepínicos, existia uma série de insatisfações com a substância principal utilizada como ansiolíticos: os barbitúricos.

Desde a Antiguidade e em várias culturas são utilizadas substâncias com a finalidade de obter alívio para as tensões cotidianas, de levar ao sono ou à sedação, seja por iniciativa própria, rituais religiosos ou procedimentos médicos. O álcool etílico foi uma delas, até hoje bastante utilizada no alívio das angústias e ansiedades. Quando a Medicina e a Química Orgânica foram se desenvolvendo, novas substâncias foram desenvolvidas com o objetivo da sedação, indução do sono e alívio das tensões. Assim, durante o século XIX, os sais e compostos de brometo foram introduzidos na prática médica como “ansiolíticos”, sedativos. Somente em 1930 se constatou que tinham efeito cumulativo, podiam levar a intoxicações e alguns deles até induzir a estados psicóticos. Além disso, eles tinham eficácia clínica bastante limitada. Mas foram longos anos até que os problemas causados por eles fossem evidenciados.

Paralelo ao declínio dos sais de brometo, crescia o espaço dos barbitúricos que se tornaram as principais substâncias ansiolíticas do início do século XX até sua metade. Eles causavam muitos efeitos colaterais, mas tinham grande aceitação médica e da população; então continuaram sendo amplamente utilizados até fins da década de 50, quando se reconhece sua capacidade de gerar tolerância e dependência, gerando a síndrome de abstinência, similar a síndrome de abstinência do álcool. Sem falar que a eficácia ansiolítica não era tão boa por gerar alto nível de sedação, afetando as capacidades motoras e intelectuais, e ainda atravessavam a barreira da placenta de mulheres gestantes, fazendo com que grávidas viciadas na substância pudessem ter bebês já dependentes.

Em 1957 o primeiro benzodiazepínico, clordiazepóxido, foi descoberto acidentalmente. Após dois anos e meio de experiências pré-clínicas e clínicas, foi lançado, em 1960, a “revolução dos benzodiazepínicos”. Apresentando maior eficácia a nível terapêutico e maior segurança em relação aos níveis de tolerância e potencial de abuso em relação às substâncias anteriores, os BZDs tiveram rápida aceitação. Com isso, ao final da década de 70, “medicamentos como o Diazepam (Valium®) tornaram-se, por larga margem, as drogas mais prescritas em todo o mundo para o tratamento das doenças que afetavam o sistema nervoso central” (Costa e Silva, 1999, p. 17). Após alguns anos psiquiatras começaram a se questionar sobre a relação custo-benefício da substância e começou a ser indicado os problemas que seu uso continuado poderia causar. Alguns profissionais então começaram a pedir a regulamentação de limites para o uso dos BZDs, diretrizes para a sua prescrição. Doble (1998), sobre a história dos BZDs, afirma:

Sua conhecida eficácia ansiolítica e hipnótica, aliada à ausência de efeitos colaterais que representem risco de vida ou de toxicidade na superdosagem, talvez tenha conferido caráter único entre todas as drogas psicotrópicas. Esse reconhecimento dos tranquilizantes benzodiazepínicos como uma panaceia para o stress e as tensões da vida diária levou os clínicos gerais a fazer prescrições indiscriminadas, rotineiras e por longo prazo. (citado em Costa e Silva, 1999, p. 18)

Anos se passaram e parece que esse quadro não modificou muito no Brasil. Bernik (1999) aponta alguns outros fatores como propiciadores da popularização dos BZDs:

- a) A introdução de novos grupos de psicofármacos nos anos 1950 e 1960, neurolépticos, antidepressivos e os tranquilizantes (nos quais se enquadram os BZDs), gerava um otimismo para com a psicofarmacoterapia;
- b) A fama que as substâncias psicoativas, sejam lícitas ou ilícitas, ganharam em 1960;

- c) O apelo mercadológico da indústria farmacêutica que cresceu bastante no período, e que foi uma novidade se tratando de medicamentos psiquiátricos.

O uso continuado e indevido de BZDs pode provocar uma série de efeitos colaterais, alguns deles são: perda da memória, da função cognitiva e da função motora, agitação, irritabilidade, alucinações, ideações suicidas. Na conversa com a participante Rita ela assinala com clareza sua consciência de que a sua perda de memória pode ter a ver com uso prolongado de BZD e revela ainda o descaso médico quanto aos efeitos colaterais da substância:

“Tipo, eu não posso usar essa droga, essa droga tá... tipo, minha memória é péééssima, assim, horrível! Tanto que eu disse pra tu ‘Ó, se tu não me lembrar, eu não vou lembrar’ (referindo-se a checar sua disponibilidade em dar a entrevista na data agendada). E aí quando eu cheguei uma vez num psiquiatra eu falei isso, né? ‘Ó, tô tendo muita perda de memória, eu não estou lembrando de nada! E assim, meu pai tem demência e minha família tem gente com Alzheimer e eu, tipo, sei lá! Tem algum exame que a gente detecte isso precocemente não sei quê, não sei quê, não sei quê?’, ‘Ah, não... Você toma Rivotril! Isso é o Rivotril. Se você parar vai estacionar, não vai progredir, mas enquanto você tomar, você vai ter perda de memória!’ (Rita, 33 anos; faz uso há 19 anos de BZD, sendo 11 anos de Diazepam e 08 anos de Clonazepam).

Também é preciso ficar atento ao aparecimento de efeito paradoxal, que é o aparecimento de efeitos de um tratamento que são contrários aos pretendidos, no caso do uso dos benzodiazepínicos, aumento da ansiedade, agitação, sentimento de raiva ou irritação, entre outros.

Entre as mulheres entrevistadas nessa pesquisa, a média de tempo de uso dos benzodiazepínicos é de 12 anos (sendo o mínimo 01 ano e o máximo 34 anos), ou seja, um uso crônico da substância. Os motivos pelos quais disseram ter começado a fazer uso foram: Depressão (5), Ansiedade (3), Insônia (1) e Agitação (1)⁶. Todas elas fizeram/fazem uso por prescrição e acompanhamento médico. Apenas duas das entrevistadas não estavam fazendo uso da substância no período em que foram entrevistadas (essas foram as com menor tempo

⁶ A soma difere do quantitativo total de participantes porque uma delas declarou mais de um motivo inicial para o uso do BZD.

de uso: 1 ano, e pouco mais de 1 ano). Não existe o intuito de estabelecer se tais mulheres precisam, de fato, ou não fazer uso de psicofármacos, mas discutir sobre os efeitos desse uso em seus modos de subjetivação; todavia, também podemos pôr em questão esse uso crônico das substâncias e como algumas delas apresentam claramente indicadores de dependência, inclusive emocional do BZD, conforme podemos perceber em alguns fragmentos das conversas com elas:

- **Zinha:**

“... se não for meus medicamentos... eu não posso ficar sem meu Fluoxetina e meu Rivotril®, não posso ficar! São coisas assim que... que eles me ajudam demais!”

Outro indicativo de dependência no caso de Zinha é que ela frequenta dois psiquiatras. Ao ser questionada sobre isso, ela diz que não gostava de um deles de uma instituição que frequenta, achava ele muito “verdinho” e que no outro tinha mais confiança. Segundo Laranjeira e Castro (1999), os usuários que abusam de BZDs utilizam algumas estratégias para conseguir prescrição, e uma delas seria justamente procurar dois ou mais médicos na finalidade de ter mais receitas, garantindo uma quantidade aumentada de remédios.

- **Eva (27 anos, faz uso de Alprazolam há 10 anos):**

“... quando eu tô sem ele, eu travo! Eu não ando. Porque assim, eu acho que meu psicológico, como se: “Se tu sair, tu vai cair!” Eu não ando só. Se eu for sair, eu saio com uma pessoa. Assim, sem o medicamento! Com o medicamento não, eu saio “de boa”, faço tudo... Eu tenho uma vida assim, se eu não tomo esse remédio, meu Deus do céu!”

“... eu acho que eu tô muito dependente do remédio, não é porque eu preciso. Eu acho que eu me acostumei com ele, mas eu tenho que parar, mas eu não consigo... O máximo que eu posso passar sem ele é um dia! Só um dia mesmo. . . . Dependendo do meu estado emocional tem vezes que eu nem lembro que eu não tomei. Mas tem vez que quando eu... sei que eu não... eu não saio, fico lá toda quieta... ‘O que é que tu tem?’, ‘Ah, nada não! Só quero ficar quieta.’ Eu fico assim, eu tenho que parar, porque é muito ruim... 10 anos dependendo de remédio, não tenho uma vida! Eu não vejo que eu tenho uma vida, que é a vida não, é por causa do remédio! Ai acho ruim isso. Eu queria muito sair.”

“Sou normal... mas eu não sei se eu sou normal por mim ou porque eu botei na

cabeça que eu sou normal “por o” remédio” (por causa do).

- **Rita:**

“... eu comecei a fazer terapia e aí fazendo terapia eu me sentia muito melhor e parei de tomar o remédio, parei de tomar Fluoxetina, mas o Rivotril eu não conseguia parar de tomar. Porque a sensação que eu tinha era de que meu sono estava destruído, assim, tipo, eu tinha certeza absoluta que se eu não tomasse eu não ia conseguir dormir e... fora os efeitos colaterais, se você para de tomar de repente em dois dias assim você... você virou um bicho, sabe? Você não sabe mais o que você está fazendo! Você... v... v... eu, pelo meno... (gaguejou) eu, quando eu digo “você” eu tô falando “eu”, eu pelo menos assim dois, três dias sem tomar eu já não, já não sei mais o que é que está acontecendo, eu não consigo mais discernir se a realidade que eu estou vendo é a mesma realidade que as pessoas estão vivendo, e os efeitos colaterais são horríveis assim.”

“Se tornou aquela coisa do tipo, é... se eu tô na rua, se eu tô saindo de casa eu olho minha bolsa e olho a chave e olho tipo: “Ah, minha chave tá aqui meu, celular tá aqui, meu Neosoro tá aqui, o Rivotril tá aqui” porque se eu tiver um ataque de pânico dentro do ônibus, eu não sei o que fazer, eu só sei botar o remédio debaixo da língua.”

“a sensação que eu tenho é de que eu tomo Rivotril porque se eu não tomar eu entro em abstinência, pra mim eu estou usando uma droga muito pesada que eu não consigo me desfazer.”

“a sensação que eu tenho é que se eu não tomar eu vou... não vou conseguir manter minha estabilidade”

“consigo ser produtiva, consigo trabalhar, consigo fazer coisas, mas não consigo parar de tomar remédio. Não consigo parar de tomar Rivotril, na verdade. Remédios eu consigo parar, mas Rivotril eu não consigo parar.”

Rita identificou que seu uso está no nível de dependência e ressaltou não ver diferença entre ela e um usuário de crack na rua, questiona: *“Qual a diferença? Porque estou aqui dentro do apartamento e eles na rua? Porque sou da classe média? Porque preta eu sou...”*

A dependência de BZDs passa despercebida quando, por exemplo, muitos médicos deixam de fazer reavaliação dos quadros. Além disso, “a dependência de BZD [é] uma dependência ‘privada’, uma vez que esse medicamento é consumido fora de um contexto social e é adquirido legal e facilmente” (Bernik, 1999, p. 224).

Outro ponto tocado por Rita foi sobre a venda de BZDs sem receita. Ela contou que

em farmácias populares, em bairros de periferia, se consegue comprar tais medicamentos sem prescrição e que nesses casos o medicamento costuma ser mais caro, além de não vir na caixa, mas com a mesma embalagem de quando são distribuídos pelo SUS. Ou seja, como não existe ainda fabricação ilícita de BZDs, sua comercialização de forma ilegal, isto é, sem receita médica, se dá por via de desvio da substância em alguma etapa da sua produção ou, como no relato, na distribuição pela rede de saúde pública do país. Ela conta que em “baladas” sempre tem gente vendendo comprimidos de psicotrópicos, cada comprimido tem o custo bem elevado, e as pessoas, de um modo geral, compram, por exemplo, um comprimido Gardenal® (da classe dos barbitúricos) mais um comprimido Rivotril® e tomam junto a uma dose de vodka.

Conseguido lícita ou ilicitamente, o fato é que os BZDs são consumidos amplamente em nosso país, como vimos, desde a década de 60. Em 2005 foi a terceira classe de psicotrópicos mais prescrita no Brasil.⁷ E seu maior público consumidor é composto por mulheres, como apontam diversas pesquisas (Nordon & Hübner, 2009; Firmino, Abreu, Perini & Magalhães, 2011; Kantorski, Jardim, Porto, Schek, Cortes & Oliveira, 2011; Rocha & Werlang, 2013). É sobre a medicalização de mulheres, mais especificamente, que iremos discutir no próximo capítulo.

⁷ II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil - estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país, uma pesquisa realizada em 2005 pelo CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas. Disponível no link: <https://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2014/10/II-Levantamento-Domiciliar-sobre-o-Uso-de-Drogas-Psicotr%C3%B3picas-no-Brasil.pdf>

3 A IMPLICAÇÃO DOS DISCURSOS DE GÊNERO NO PROCESSO DE SOFRIMENTO PSÍQUICO E NA PRODUÇÃO DA MEDICALIZAÇÃO DAS MULHERES

3.1 Práticas discursivas hegemônicas sobre gênero e dispositivos reguladores dos modos de subjetivação feminino

Gênero possui, a partir da compreensão aqui adotada, uma fluidez performativa, sendo um equívoco considerá-lo como uma variável discreta, cuja definição da matemática propõe como variáveis que têm um número contável de valores entre quaisquer dois valores e somente fazem sentido valores inteiros; por exemplo, número de filhos, número de pessoas num show, etc. No entanto, há outro tipo de variável chamada de contínua que também é numérica, mas têm um número infinito de valores entre dois valores quaisquer, como o tempo percorrido por um atleta ao completar uma corrida, o comprimento de uma peça, entre outros. Claro que a pretensão não é a de colocar reflexões sobre gênero no mesmo patamar de uma discussão numérica, mas se tivéssemos que fazer tal comparação, poderíamos pensar que gênero se aproxima bem mais de uma variável contínua ao considerar que entre o feminino e o masculino pode haver uma gama de outras possibilidades de estilização do gênero, ao contrário do que prega o binarismo disseminado que torna o gênero uma categoria ou uma variável discreta. E ainda que pensemos a nível de tais categorias (masculino e feminino) seguramente há uma pluralidade de estilização a tal ponto que tornaria inviável seu entendimento como discreto. Falaríamos então, de masculinidades e feminilidades, vislumbrando minimamente a multiplicidade das posições de sujeito⁸. Estas, apontam para o fato de que nos posicionamos e somos posicionados diferentemente em diferentes contextos sociais, circunstâncias, momentos, embora tenhamos a impressão de uma única e sólida identidade ao longo da vida, pois há uma série de regras e expectativas sociais que nos constroem e nos dão condições de possibilidade para os variados modos de subjetivação.

Salientamos que as posições de sujeito encontram limitações nas definições culturais,

⁸ Falaremos mais sobre posições de sujeito no próximo capítulo.

sociais, históricas e ideológicas. Assim, é possível construir-se diferentemente obedecendo, resistindo, fracassando e subvertendo, porém dentro do arsenal que nos é apresentado. Como afirma Moore: “A representação de posições de sujeito fundadas no gênero fornece as condições para a experiência de gênero e da diferença de gênero, ainda que essas posições sejam rejeitadas ou haja resistência a elas” (2000, p.25). Este arsenal apresentado é revelado através de um conjunto de discursos que podem e são, geralmente, conflitantes e contraditórios. Isso quer dizer que sobre um mesmo assunto, gênero, neste caso, há uma multiplicidade de discursos circulantes que permitem que os indivíduos assumam variadas posições de sujeito; e que, inclusive, uma mesma pessoa adote um conjunto de posições e subjetividades múltiplas e conflitantes.

Moreira e Sloan (2002) apresentam uma relação feita por Merleau-Ponty em sua obra intitulada *Le doute de Cézanne*, de 1966, entre sua filosofia e a pintura de Cézanne. De acordo com Merleau-Ponty, na pintura se pode captar a mistura entre o real e o imaginário que deforma a realidade; há nela múltiplos contornos que, para o filósofo, a aproxima muito mais da realidade do que uma fotografia, visto que esta pretende capturar a realidade exata de um dado momento, perdendo assim o movimento e separando o real do imaginário; tornando-se, pois, fictícia, porque a realidade é movimento e é deformada. Merleau-Ponty afirma: “Não assinalar nenhum contorno seria privar os objetos de sua identidade. Assinalar somente um, significaria sacrificar a profundidade, quer dizer, as dimensões que nos facilitam as coisas” (1966, citado em Moreira & Sloan, 2002, p.159). Analogicamente, quando falamos, pois, em “identidade de gênero”, não deveríamos ansiar capturá-la, retirando-lhe a possibilidade do movimento, nem lhe dar um contorno de traço uno e limitante, mas antes, romper com as dicotomias, como propõe o filósofo e, ainda que isso aponte para o ambíguo e inexato, reconhecer a complexidade dos fenômenos humanos através dos múltiplos contornos.

Vamos pensar mais estritamente sobre as identidades produzidas nas práticas

discursivas dominantes na nossa sociedade sobre ser mulher, sobre ser feminina. Qual o “projeto” elaborado para o gênero feminino, quais os discursos dominantes de saber/poder as atravessam? Segundo Navarro-Swain (2013, 50º parágrafo.), na atualidade existe nos discursos hegemônicos uma redução de dois eixos que atuam na produção “do feminino”:

. . . O do sexo-trabalho-autonomia e o do amor-maternidade-dom de si. As estratégias sociais se confundem e se misturam para modelar um feminino contraditório: o trabalho e a autonomia face aos apelos da maternidade e da domesticidade, a sexualidade múltipla face ao desejo de um casamento estável, a necessidade de seduzir oposta à afirmação enquanto sujeito liberto do olhar de outrem. Estes dois eixos giram em torno da heterossexualidade em sua grande maioria.

Esta afirmação de Navarro-Swain mostra o binarismo sob o qual discursos hegemônicos tem se centralizado, estes eixos apontam para aquilo que já dissemos: numa mesma sociedade atuam múltiplos discursos sobre gênero que são conflitantes e contraditórios. Numa das entrevistas realizadas, a participante Linda conta sobre como imaginava sua vida com a idade que tem hoje:

“Eu imaginei ter uma... ter uma família... Não vou, não vou negar isso, eu imaginei ter uma família, porque como eu sou muito família, vivi em família, eu não queria que quando saísse da minha família, do convívio da minha família, não ter família... entende? Eu gostaria de ter tido uma família, mas eu tinha uma coisa é é de construção de mulher; eu não queria ter uma família com um homem que não merecesse ter família comigo.” (Linda, 52 anos, foi diagnosticada com depressão)

Ao mesmo tempo que Linda revelava seus desejos por um casamento estável, os apelos à construção de uma família, também imprimia seu estilo na realização disso, também assumia os discursos de autonomia ao afirmar que não queria casar com qualquer tipo de homem. Em outro trecho da entrevista, fala do quanto estava sendo difícil para ela lidar com o término de um relacionamento que teve com um homem por quem diz ter passado a vida buscando:

“Tá muito difícil. Essa pessoa sim, se essa pessoa eu tivesse encontrado em outro momento que eu não tivesse esse emprego eu acho que tinha ficado lá, tinha dado um jeito pra ficar lá . . . Então aí realmente a pessoa passar a vida toda e quando, né,

encontrar aquilo que busca e não dá certo, realmente não é fácil, não é fácil...”
(Linda, 52 anos)

Esta pessoa a quem se refere, morava em outro país e o relacionamento acabou em função da distância; Linda tem um bom emprego aqui no Brasil e não estava disposta a largar tudo para ir morar lá por causa da relação. Isso mostra um modo de subjetivação relativamente recente para algumas mulheres: deixar de viver um “amor”, um relacionamento, por causa de trabalho, que é mais identitário para os homens. Mas ela também revela o quanto a convocação ao amor para as mulheres é forte, ela busca por isso ao longo de sua vida.

Dois dispositivos atuam intimamente com os eixos salientados por Navarro-Swain (2013) modelando as subjetividades, como sapatos de lótus moldaram os pés de muitas chinesas em séculos passados: o dispositivo amoroso e o materno.

O dispositivo amoroso refere-se aos discursos que estabelecem a figura da mulher ideal, cujas qualidades e deveres são repetidos sem cessar: ser doce, amável e amorosa. Um amor devotado a seu marido, seus filhos e sua família. Segundo Navarro-Swain (2006, 35º - 37º parágrafos):

O dispositivo amoroso investe e constrói corpos-em-mulher, prontos a se sacrificar, a viver no esquecimento de si pelo amor de outrem. . . . dobra seus corpos às injunções da beleza e da sedução, guia seus pensamentos, seus comportamentos na busca de um amor ideal.

Pedrosa e Zanello (2017, p. 571) ainda colocam que tal dispositivo implica numa subjetivação das mulheres na sua relação consigo mesmas “mediadas pelo olhar de um homem que as ‘escolha’”. Claro que, numa época em que vivemos grandes transformações ligadas a como as pessoas se subjetivam atravessadas pelos discursos de gênero, esses dispositivos atuam de maneira bastante sutil; mas não foi na sutileza que ocorreram e ocorrem a partir do século XIX grandes estratégias disciplinares, como destaca Foucault?

Navarro-Swain (2013, 52º parágrafo.) afirma que o dispositivo amoroso associa à mulher uma série de deveres, de culpas, de normatizações que norteiam a “verdadeira

mulher”; um guia que atua na aparência à sua doação sem reservas, como um dom: “as tarefas domésticas – compras, roupa, cozinha, limpeza, o cuidado com as crianças e os velhos, sem esquecer a sedução do marido/companheiro e as exigências do trabalho remunerado”. A partir da fala das mulheres entrevistadas, podemos perceber nuances que o dispositivo amoroso imprime:

“Até hoje eu não sei porque eu fiquei com depressão... eu acho que foi por conta do trabalho, com certeza. . . . Na parte tanto da cobrança da minha chefe . . . Da... também, das cobranças de casa, né, que eu tinha que dar conta das coisas de casa . . . Era uma cobrança muito grande em cima de mim, né?” (Zinha, 45 anos, diagnosticada com ansiedade e depressão)

Zinha afirma que parte dessas cobranças com as “coisas de casa” vinham inclusive dela mesma, o que revela o quanto essas práticas discursivas, esse modo tal de ser mulher está tão arraigado ainda nos tempos atuais. Ela aponta para a dupla exigência que mulheres têm assumido das tarefas domésticas e do trabalho. Não houve uma saída das mulheres para o mercado de trabalho com a isenção das atividades do lar, o que houve foi uma adição de obrigações. Para as mulheres que recai, predominantemente, maior responsabilidade na atenção às demandas da casa, tal que é comum mulheres se surpreenderem com determinada qualidade de maridos que compartilham dessa responsabilidade, com a exclamação: “Nossa, que sorte a sua que seu marido ajuda!” Para essas “sortudas” há ainda outra exigência: manter esse tesouro. Se já são convocadas a encontrarem e manter um homem que as queiram, imagina um “homem que ajuda”!

Na busca por não perder este outro, acontece a aceitação de várias situações de subjugação, violência e adoecimento. Na narrativa de Eva ela nos conta que estava no sexto mês da gravidez quando descobriu que o marido a estava traindo. Na ocasião, sua pressão aumentou e ela entrou num processo de pré-eclâmpsia; a criança não resistiu. Esta morte da filha aparece como cerne do seu sofrimento psíquico; foi após esse acontecimento que ela foi ao clínico geral e começou a ser medicada com Alprazolam. Fazem 10 anos que isso

aconteceu, Eva continua sendo medicada.

“Eu cheguei ao sexto mês! Só que teve uma raiva que eu tive do meu marido, nesse dia e aí quando foi o outro dia aí a minha pressão subiu de um jeito que... aí foi quando deu . . . Eu descobri [a traição] num sábado, ainda passei o sábado e quando foi no domingo eu amanheci com uma forte dor de cabeça e eu não sabia o que era! Eu não liguei de medir pressão e aí passei o domingo todinho com aquela dor de cabeça chata, aí quando foi na madrugada, atacou mesmo! E quando foi de manhã, aí eu disse a meu marido: ‘Vamos pra o hospital.’” (Eva, 27 anos, diagnosticada com depressão)

Ela diz que permaneceu com ele após essa traição e que quando se separou dele, tempos depois, foi por conta de outra traição:

“Aí eu ainda fiquei com ele! Mesmo assim ele... Aí foi no tempo que fiquei com depressão e tudo, ele não me deu esse apoio, de ficar comigo... ele só dizia: “Tu tá ficando doida! Eu não fico com mulher doida!” Aí eu saí de casa, voltei para a casa de minha mãe! Mas eu voltei não foi por conta disso, foi por outra traição!” (Eva, 27 anos)

Outra situação frequente na realidade brasileira, é a de Maria, casada há cerca de 20 anos (não soube precisar), ela conta que uma situação que a magoa (termo utilizado por ela) é a dependência do marido por bebida alcoólica. A situação do alcoolismo afeta variadas camadas sociais, mas tem ressonâncias bem diferentes na realidade das mulheres mais pobres que, muitas vezes, vivem sob a dependência financeira dos maridos e se veem presas e expostas a um cenário de muita precariedade econômica, cenário produtor, muitas vezes, de grande sofrimento psíquico. Maria contou sobre seu uso do Clonazepam (há aproximadamente 06 anos), diz ter sido prescrito pelo clínico geral por motivos de insônia depois que a mãe, que vivia sob seus cuidados, morreu. Porém, Maria também toma o medicamento, às vezes, segundo ela, durante o dia quando está aperreada:

Maria: - *Vou e tomo uma bandinha... aí passa.*

Entrevistadora: - *Mas quais são as situações que deixam a senhora se sentindo assim?*

Maria: - *É meu marido bebendo, né, mulé, e... eu tô só com a renda dele e minha casa tá pra arrumar, né? Aí eu vejo a minha casa lá caindo aos pedaços . . .*

. . . ele é uma pessoa que ele tá com um litro de baixo da mesa... ele tomava Rum, agora é Dreher®. Aí quando aquele litro se acaba ele vai no mercado e compra outro... e toda noite ele toma. E outra coisa, eu posso falar? (Disse mais baixo) Outra

coisa, tem vez que eu tenho relação com ele passa mais de mês, que ele não consegue porque bebe demais. Agora que ele bebe demais que começa da sexta-feira de noite até o domingo, eu sofro muito esses dias, de aperreio, é nesses dias que eu tenho que tomar. E eu durmo com ele e ele ronca, ele ronca, ele embola pra lá e pra cá... uma agonia, mas tem hora que eu quero ficar sozinha e Deus... mas não tem condições de eu ficar sozinha aí. (Maria, 59 anos, o medicamento foi prescrito por causa da insônia)

Maria vive, então, sob as angústias de um marido com dependência química e os rebatimentos financeiros que isso lhe traz, uma vez que não trabalha e depende financeiramente do marido. O álcool é para muitos homens como uma grande válvula de escape, é socialmente aceito até que ameace as normas estabelecidas para o gênero masculino, conforme veremos mais adiante. Talvez, o medicamento esteja representando também uma válvula de escape para Maria e outras mulheres, como no caso de Zinha que lança mão desse termo em sua entrevista:

*“Eu vou tendo uma válvula de escape nos medicamentos. O que é que quer dizer? O medicamento... tomo o medicamento pra me tranquilizar.
. . . minha válvula de escape é meus comprimidos...
. . . A minha fuga é meus medicamentos, que se eu não tiver eles... eu acho que eu piro! Minha fuga é essa.”* (Zinha, 45 anos).

Já no caso de Branca, ela aponta para o fato de não ter tido essa “válvula de escape”. Foi ao psiquiatra pela segunda vez com um quadro que ela acredita ter tido como motivo a descarga de emoções após ter passado algum tempo cuidando da mãe que estava na fase terminal de um câncer:

“. . . eu fiquei bem forte durante o diagnóstico e tratamento e, justamente por isso, eu não podia ter esse momento de, de... desfalecer assim, porque eu tinha que tá ali. Minha mãe, sou filha única, só tinha a mim, então eu tive que ficar forte todo esse momento. E não tive, acho que, cano de escape, talvez por isso que eu juntei tudo isso, toda essa vivência...” (Branca, 34 anos, último diagnóstico de transtorno de pânico associado com depressão).

É importante que se encontrem várias alternativas de “válvulas de escape” para condensar as tensões/pressões do cotidiano; parece que mulheres tem sofrido um acúmulo dessas tensões que podem levar ao seu adoecimento físico e/ou psíquico.

Retomando a história de Maria, sobre o alcoolismo do marido, embora dizendo no início que isso a deixa agitada e a faz tomar a medicação às vezes e associando sua insônia à morte da mãe, no final da entrevista ela diz:

Maria: - *Mas só prejudica ele, mulher! Não me prejudica não. Tá entendendo?*

Entrevistadora: - *Mas a senhora se preocupa com isso?*

Maria: - *Mas eu me aperreio porque quero, mas ele chega, deita assim no sofá, bota pra roncar... Aí de noite eu não durmo com ele. Aí se eu não durmo de noite no outro dia amanheço como tô abestaiada, como eu não tô dormindo, aí é quando eu sinto esses negócios que falei pra você...*

“Esses negócios” dos quais ela fala é justamente o mal-estar sentido que a leva a tomar a medicação, às vezes, ao longo do dia, e ainda afirma que uma das razões pela qual perde o sono tem a ver com o marido alcoolizado. No entanto, Maria termina dizendo que ela se aperreia porque quer; é como se ela não pudesse emitir reclamações sobre isso, porque, afinal de contas, ela tem um marido em casa, somando-se ainda a questão da sua atual dependência financeira, que destacou ao longo da conversa. Ela se vê então restrita à resposta de aceitação. Uma espécie de resignação na qual o remédio contribui.

Outra nuance do dispositivo amoroso é o cuidado que a mulher precisa ter para com sua autoimagem. Uma vez que tal dispositivo prevê para a mulher a conquista e a sedução, precisa ser bela, padrão também pré-estabelecido que envolve, entre outras coisas: um corpo magro e jovial. Sônia demonstrou a preocupação com seu corpo e esse seria o motivo principal pelo qual diz estar pensando em procurar um profissional de Psicologia:

“porque eu tô enorme, imensa de gorda.” (Sônia, 39 anos, foi prescrito Clonazepam por motivo de insônia).

Embora tome o medicamento há 10 anos, a única vez em que fez psicoterapia foi também porque queria emagrecer, então a partir do encaminhamento de um endocrinologista acabou fazendo psicoterapia. Atualmente Sônia afirma:

“tô me sentindo mal porque eu também tô muito gorda.” (Sônia, 39 anos)

E na fala de Linda ela aponta para os apelos à jovialidade na mulher e o medo do envelhecimento. Ela assinala seu medo da velhice e associa este estágio à solidão, já que não é casada e nem tem filhos e, cada vez mais, à perda da possibilidade de encontrar um amor, que tem procurado ao longo de sua vida:

“É... pra minha idade se sentir sozinha não é bom porque a pessoa já fica pensando que tá mais próximo à velhice sozinha do que antes, né, e velhice e solidão juntos (risos) não deve ser; não deve ser agradável... e... são esses pontos que amedronta muito, num é?” (Linda, 52 anos)

Ela sofre por um término recente de um relacionamento e diz:

“Os momentos que eu tava feliz era com esse último namorado, muito feliz, eu nunca fui tão feliz com um homem na minha vida! É isso que me dói! . . . então isso já é uma maneira de você ficar com medo, né, então não vou, passei a vida toda nunca encontrei, encontrei um quase, né, com a maturidade já, quando é que eu vou encontrar de novo? Vou ter que nascer de novo? Num é?”

Mais adiante voltaremos a discutir sobre esta questão do envelhecimento para a mulher.

No encaixe do dispositivo amoroso se encontra o dispositivo materno, este seria “a chancela do sucesso no dispositivo amoroso: além de escolhida por um homem, tornar-se mãe de seus filhos” (Campos & Zanello, 2017, p.507). Na história de Eva, vimos que o foco do seu sofrimento psíquico está no sonho não realizado de ser mãe. Ela diz que não se sente mulher e mostra o quanto foi cobrada também pelo companheiro com quem se relacionou:

Entrevistadora: - *Tu achas que as pessoas pensam isso de tu também?* (que ela era incompleta por não ser mãe, menos mulher)

Eva: - *Principalmente o companheiro . . . ficava falando que eu não podia ser mãe, que eu não podia dar um filho a ele...*

Esse relacionamento de Eva começou 06 anos após o término do primeiro casamento já citado, no qual houve várias traições e a perda do bebê; ela descreve:

“. . . depois de seis anos de separada, aí eu fui casei novamente. Aí eu disse “Tô casada...” aí eu pensei de ter filhos! “Mas tu não pode!” [afirmava o novo marido], aí ficava me humilhando e ele tinha uma criancinha novinha... [de outro casamento] aí

ficava dizendo: “Tá vendo que eu posso ter filho! A outra pode ter filho!” Deus é que sabe o que eu passava!” (Eva, 27 anos)

Podemos perceber o valor dado à mulher a partir e até o seu potencial reprodutivo, fato inculcado desde séculos passados pela medicina, conforme veremos mais adiante, revelando o quanto a construção do gênero esteve intimamente ligada ao projeto de medicalização social. A imagem do feminino só é completada com a maternidade e então, mulheres que, por algum motivo, não procriarem não têm um lugar definido, como se sente Eva, incompleta e não-mulher. Para Navarro-Swain (2006, 35º parágrafo): “no discurso feminino, ‘ser mãe’ é condição de autoridade, é o lugar de fala inteligível.”

Da junção de ambos dispositivos encontramos a sustentação para a atribuição do lugar de cuidadoras às mulheres, como algo instintivo. Recebem a responsabilidade pelos cuidados da casa, do marido, dos filhos, dos parentes que adoecem... Quando não cumprem com os cuidados pelos quais se espera que ela cumpra, são muitas vezes tomadas pelo sentimento de culpa que perpassa a subjetivação de mulheres. Zinha verbaliza o quanto se sente mal por não fazer as atividades da casa:

Entrevistadora: - Se você não der conta dessas coisas como você se sente?

Zinha: - Ah, muito mal! E hoje em dia eu estou mal, mas mal melhor do que antes! Mas ainda estou mal, porque não consigo ainda fazer, dar conta do que eu queria! De pagar uma conta, de botar uma feira, de... de fazer as coisas dentro de casa... me sinto mal ainda. De arrumar minha casa, que hoje em dia eu tô uma bosta... hoje em dia. É... de dar conta de tudo dentro da minha casa que hoje em dia eu não estou dando conta.

Outro caso que destacamos é o de Tina. Desde que o filho era pequeno diz ter trabalhado bastante, começava das 7h até as 17h, e a noite fazia faculdade. Quando o filho tinha 16 anos recebeu uma proposta de trabalho em outro estado e, pelo dinheiro oferecido, foi. O filho continuou morando na casa com a tia. Disse ter feito um acordo com o filho de ir, mandar o dinheiro pra ele e depois de um tempo voltar. Pensava em melhorar a vida dela, do filho e da irmã. No entanto, após um tempo lá, Tina diz que “adoeceu”, foi quando retornou

aqui pra Pernambuco.

“Então, era interessante, era divertido, era... apesar de ser solitário, eu era solitária aqui também! Só que aqui tinha meu filho... isso... [longo silêncio, segurava o choro]. . . . Mas o fato de... de ter dinheiro, poder mandar pra ele, comprar o que ele queria e não fazer parte da vida dele... isso... isso foi o que mais me doeu... Porque, de fato, eu não fazia parte [estava chorando]. Eu já fiquei ausente a vida dele toda... Quando eu tava aqui trabalhava demais e num podia ter ele... Eu trabalhava de 7h as 23h, né, e não podia tá com ele. Num tinha como dar o tempo dele. Aí fui pra lá pra ganhar mais pra voltar que foi uma ilusão terrível, mandava dinheiro pra ele, mas não participei da vida dele. Eu vinha pra cá, não participava da vida dele... enfim, isso... isso... dói até hoje.” (Tina, 54 anos, queixa de insônia, foi diagnosticada com Depressão Moderada, tomou Alprazolam).

Mais adiante ela fala mais explicitamente do sentimento de culpa por ter trabalhado muito e não ter ficado com ele. O pai do filho dela é vivo, porém não apareceu em nenhum momento na história.

Entrevistadora - *Você sentiu alguma cobrança da parte dele (do filho) em relação a isso?*

Tina: - *Senti. Senti... Não sei se é cobrança mesmo... Era cobrança sim. Senti. Uma vez ele disse claramente pra mim. Mas eu já me sentia culpada de tudo... O que ele falou num... não acrescentou nada não. Só confirmou o que eu já sentia que eu sempre fui ausente na vida dele toda. [Fez uma pausa] Pronto. Eu acho que era o que mais doía mesmo... Era chegar... é... não ver o desenvolvimento [dele]... . . . Eu me cobrava e ele também.*

Depois ela fala sobre o que espera sobre ser mulher e ser mãe, bastante atravessada pelos discursos dominantes acerca de gênero:

Tina - . . . *eu queria muito que ele fosse feliz, que eu queria que ele tivesse uma mulher que... fizesse o que eu não fiz por ele... Que fosse mãe, que fosse tudo pra ele...*

Entrevistadora: - *O que você acha que deveria ter feito por ele e não fez?*

Tina: - *Ser... é... presente. Mais presente. Eu não fui presente na vida dele. A gente não teve momentos de passear, só quando ele era muito pequeno, que meu trabalho, eu comecei minha vida eu era secretária, então quando ele era pequeno eu tinha segunda a sexta pra trabalhar, quando eu virei professora, não tem dia. Quer dizer, eu era professora de reforço. Depois que ele nasceu é que eu fui fazer faculdade. Foi que eu fui... e essa faculdade era universidade pública, mas mesmo assim eu tinha que pagar um ônibus pra ir porque eu chegava a noite e pra nos manter também que era dando aula de reforço, né? Então eu não tinha tempo, de fato, com meu filho, nunca tive. Eu tive um filho e não tive tempo de ser mãe; era mãe só pra reclamar.*

Como diz Zanello (2018) o trabalho é identitário para os homens. Quando para uma

mulher o trabalho é uma prioridade isto é feito com uma série de cobranças, julgamentos morais e sentimento de culpa. O comportamento do homem que não tem tempo, nem responsabilidades domésticas é, de modo sutil, mais legitimado socialmente. Neste trecho abaixo, Tina expressa o que pensa sobre o que “seria ser mãe”:

- Ah, ter os momentos de sair com ele, de se divertir com ele, esse era o ‘ser mãe’... O que eu fazia naquele momento era alimentar... Alimentar e vestir. Isso não é ser mãe... Cadê o carinho, cadê a hora de... às vezes eu chegava da faculdade de madrugada e ele ficava conversando comigo... de noite. Mas muito exausta! Você não consegue nem conversar direito, né?

Ela reduz a ideia de cuidado a carinho, mimos, características tipicamente associadas à mulher, esta geralmente vinculada à sensibilidade.⁹ Então, nesse caso, alimentar, vestir, ou seja, prover o sustento, não são “coisas de mãe”, e são mais associadas ao homem; por isso, afirma: “Isso não é ser mãe...”; quer dizer, ela não se dá inteligibilidade porque o seu modo de ser mãe assumiu outra estilística diferente do normatizado.

O não assujeitamento a esses dispositivos pelas mulheres as tornam seres ininteligíveis, suas atuações de gênero são incoerentes, descontínuas e, portanto, “parecem ser pessoas, mas não se conformam às normas de gênero da inteligibilidade cultural pelas quais as pessoas são definidas” (Butler, 1990, p.38).

Judith Butler chama de gêneros inteligíveis aqueles que instituem e mantêm coerência e continuidade relacional entre sexo, gênero, prática sexual e desejo. Salientamos também as situações em que a inteligibilidade não é conferida ao sujeito que constrói outra estética na prática do seu gênero, por exemplo, casos em que mulheres assumem atributos que as tecnologias sociais (práticas reguladoras) não nomeiam como femininos, sendo, portanto, identidades incoerentes, ininteligíveis, fogem da matriz de normas de gênero coerentes; ainda que suas práticas sexuais e seus desejos assumam tal suposta coerência, apenas um fator pode

⁹ Nascimento e Zanello apontam esta vinculação do feminino à sensibilidade e do masculino à razão: “Quando essas vinculações são realizadas, normalmente se estabelece também uma valoração da razão e da sensibilidade: a primeira é estável, confiável; a segunda instável, imprevisível e, se não regulada, perigosa.” (2014, p. 24)

desestabilizar o quadro. O que Butler afirma é que:

certos tipos de ‘identidade de gênero’ parecem ser meras falhas do desenvolvimento ou impossibilidades lógicas, precisamente porque não se conformaram às normas da inteligibilidade cultural . . . Entretanto, sua persistência e proliferação criam oportunidades críticas de expor os limites e os objetivos reguladores desse campo de inteligibilidade e, conseqüentemente, de disseminar, nos próprios termos dessa matriz de inteligibilidade, matrizes rivais e subversivas de desordem do gênero (1990, p.39).

Não receber inteligibilidade por representar mal o gênero vem acompanhado de uma série de punições, algumas muito claras, outras mais sutis e indiretas, enquanto representá-lo bem assegura o discurso da essência da identidade de gênero (Butler, 2011). A questão é que ao destacarmos o caráter performativo do gênero estamos falando de algo que se repete, mas que também contesta, subverte; isto abre espaço para a plasticidade do gênero e para a fragilidade da ideia de gêneros discretos e binários, verdadeiras ficções culturais que se mantêm através de um conjunto de biotecnologias sociais que criam e adequam corpos.

Aí atua a medicalização, e transforma aspectos cotidianos das relações sociais em objeto de medicina, a fim de garantir a concordância às normas sociais, como nos alerta Mendonça, Carvalho, Vieira e Adorno (2008, p.100), “Os conflitos familiares [por exemplo] nem sempre chegam ao conhecimento médico, mas sim os sintomas como insônia, tristeza, ansiedade, nervosismo”; os autores ainda apontam sobre como os calmantes são, várias vezes, na medicalização das mulheres, utilizados como mediadores para reafirmar e conservar a vivência do gênero conforme às ficções culturais impostas. Fomentando sensações de tranquilidade e paz essa dependência medicamentosa acaba por contribuir com a anulação de reações das mulheres frente aos discursos impostos; “os calmantes . . . possibilitam manter o orgulho de ter suas casas limpas, de cuidar bem do lar, de ter asseio, de controlar e executar as tarefas diárias, considerando-se hábeis e eficientes para o trabalho gerado no espaço doméstico” (Mendonça, Carvalho, Vieira & Adorno, 2008, p.101). As participantes Rita e Zinha verbalizaram em suas entrevistas sobre o efeito de resignação proporcionado pelos

benzodiazepínicos utilizados:

- **Rita**

. . . o Rivotril mantém você quieta, né? Você fica resignada assim, você toma o remédio e você... você não se sente melhor, você não se sente menos ansioso, você simplesmente... não... é como se fosse uma coisa pra manter você é... sua energia... não sua energia, mas manter seu comportamento... tranquilo, sabe?

Em outro trecho:

. . . essa angústia não vai passar, você vai ficar adestrado! Você não vai se importar, você se resigna, mas você não vai ficar curado com isso! (Rita, 33 anos, diagnosticada com depressão).

- **Zinha**

Eu comecei a ficar muito agitada, muito atacada, muito estressada... e aí, o médico neuro . . . mandou eu tomar Fluoxetina e Rivotril®, porque? Pra me acalmar. Pra eu ficar mais calma, pra eu ficar mais tranquila, pra eu ficar mais... dormir, ter o sono mais tranquilo... (Zinha, 45 anos, diagnosticada com depressão).

Zanello (2010), na discussão sobre o uso abusivo de benzodiazepínicos por mulheres e como este não é levado em consideração na epidemiologia de dependências químicas, aponta que o maior público dos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPSad) é de homens, e problematiza que o álcool, droga depressora que gera sensações de alívio da tensão e ansiedade, é considerado droga porque impede de cumprir as funções estabelecidas predominantemente ao gênero masculino: “um problema a ser resolvido porque coloca em xeque os papéis sociais masculinos”, ou seja, atrapalha sua vida laboral, seu papel de provedor, algumas vezes também sua virilidade. O Diazepam, por sua vez, cujo público é em sua maioria de mulheres, representa cura, vez que permite continuar no cumprimento de suas atribuições (de acordo com os discursos dominantes numa sociedade patriarcal): ser cuidadora do lar, dos filhos, do marido, a aceitação à *subjugação social e sexual a seus parceiros*, entre outras. Para Zanello (2010, p. 315): “há uma perversidade no sistema, na qual as relações de gênero são tornadas invisíveis, apesar de exercerem importante papel na definição do próprio ‘transtorno’ e em sua forma de tratamento”.

3.2 A medicalização do corpo das mulheres

Vimos no capítulo anterior as mudanças que ocorreram na prática médica com a chegada do Capitalismo, um saber científico que atua como estratégia de biopoder, demarcando o início do projeto de medicalização dos corpos. Da necessidade emergente no século XIX de controlar suas populações, o Estado toma a medicina como sua aliada, produzindo um discurso científico regulador que passou a ser cada vez mais pulverizado na sociedade, fundamentado em leis biológicas.

Coube às práticas médicas o controle das virtualidades, da moral e dos costumes, da vigilância sobre aquilo que se constituiria um perigo para a saúde – um projeto de higienização voltado não apenas ao público, mas ao privado, aos indivíduos, ao interior dos lares. Neste cenário, o controle se expande à sexualidade e à reprodução, e estas foram associadas à mulher; foi então que o corpo feminino se configurou firmemente como objeto de saber médico ao focar a questão da reprodução, da necessidade de controlar suas populações. Segundo Vieira (2015) ocorre pelo saber médico uma apropriação do corpo feminino. A autora aponta que

O controle do corpo feminino relaciona-se ao aprimoramento de uma tecnologia que permitiu a resolução de problemas cruciais para a sobrevivência das mulheres e crianças, emergindo num momento em que a manutenção da vitalidade e da saúde é fundamental para a reprodução social (p. 23)

É que com a ascensão do Capitalismo as pessoas tornaram-se uma espécie de equipamento valioso para o Estado, nelas estava o próprio capital. Então, no ensejo de obter mão de obra para o trabalho, o controle da sexualidade, da reprodução e da saúde das pessoas seria uma estratégia para obter melhor lucro. Através da função reprodutiva (apenas relacionada à mulher), a mulher torna-se uma máquina que fabrica novas forças de produção. O dispositivo materno assegura que isto seja reificado, reproduzido.

O corpo, apropriado pela medicalização, é reduzido à sua dimensão biológica, e

eventos fisiológicos são transformados em doença. Como assinala Vieira (2015, p. 25):

A ‘doentificação’ desse corpo apresenta-se como fruto de uma medicalização que trata a gravidez e a menopausa como doença, transforma a menstruação em distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico. . . . De fato, ao longo da história da humanidade, o corpo feminino tem sido tratado como especialmente ameaçador para a estabilidade moral e social. Nas diferentes sociedades, esse corpo tem sido regulado através de normas, sejam elas baseadas em crenças mágicas, religiosas ou médicas.

A autora aponta que na Idade Média se faziam rezas para manter o útero quieto e que ele foi considerado por séculos como uma criatura animada que se mexia pelo corpo e também que devia ser alimentado e acalmado. Sobre o útero também se pensava que se a mulher contrariasse sua imperativa função reprodutiva, a madre (o útero) a condenaria a uma série de enfermidades, fossem a melancolia/loucura ou a ninfomania.

Priore (2018, p. 83) afirma que há uma valorização da madre, no entanto, “Convém notar que a valorização da madre como órgão reprodutor levava a uma valorização da sexualidade feminina, mas não no sentido da sua realização e sim no de sua disciplina.” Apesar desse foco sobre o útero, havia um princípio lançado por Aristóteles que afirmava a superioridade do macho na reprodução. Segundo ele, a fêmea seria apenas um receptáculo, um solo a ser fecundado e o homem é quem colocava vida na matéria produzida no útero. “No entender de muitos médicos da época, a mulher não passava de um mecanismo criado por Deus exclusivamente para servir à reprodução. Assim como a pluma do poeta ou a espada do guerreiro, ela era só um instrumento passivo do qual seu dono se servia” (Priore, 2018, p. 82).

A inferioridade das mulheres foi afirmada de várias formas ao longo dos tempos, por exemplo, ao falar sobre a histeria, Sydenham (citado em Foucault, 1999, p. 287) diz que “essa doença ataca muito mais as mulheres do que os homens, porque elas têm uma constituição mais delicada, menos firme, porque levam uma vida mais mole e por estarem acostumadas às voluptuosidades ou comodidades da vida e a não sofrer.” Também Priore (2018, p. 79) descreve como as mulheres eram explicadas por médicos nos tempos de colonização:

Como explicava o médico mineiro Francisco de Melo Franco em 1794, se as mulheres tinham ossos ‘mais pequenos e mais redondos’, era porque a mulher era ‘mais fraca do que o homem’. Suas carnes, ‘mais moles [...] contendo mais líquidos, seu tecido celular mais esponjoso e cheio de gordura’, em contraste com o aspecto musculoso que se exigia do corpo masculino, expressava igualmente a sua natureza amolengada e frágil, os seus sentimentos ‘mais suaves e ternos’.

Laqueur (2001) nos aponta a existência por muito tempo de uma teoria do sexo único.

Para esta teoria, as mulheres seriam homens inferiores, que não atingiram total grau de desenvolvimento. A ideia da diferença sexual, do binarismo (homem x mulher) ganhou força no final do século XIX. A busca por comprovações de dois sexos diferentes, seja anatomicamente ou fisiologicamente só passou a ser consolidada quando houve interesse político na existência de tais diferenças, como assinala Laqueur (2001, p. 111): “A ideologia, não a exatidão da observação, determina como eles foram vistos e quais as diferenças importantes”.

As normas sociais aliadas às práticas discursivas médicas regularam a sexualidade e reprodução na mulher e delimitaram uma vida saudável para as mulheres dentro do matrimônio e com práticas sexuais cujo objetivo fosse a reprodução. Conseqüentemente, atos que estivessem fora disso, na mulher, representaria sinal de doença, como masturbação, prostituição, relações extraconjugais. Zambaco (1981, citado em Rubin, 2017, p. 63) narra um método utilizado pelo médico J. Guerin no tratamento para a masturbação feminina, após vários outros métodos sem ter obtido sucesso:

. . . havia finalmente conseguido curar o vício do onanismo em jovens meninas ao queimar o clitóris com um ferro quente . . . “Eu aplico a ponta quente três vezes em cada um dos grandes lábios, e outra no clitóris . . . Depois desse primeiro procedimento, realizado de quarenta a cinquenta vezes por dia, o número de espasmos voluptuosos diminuiu para três ou quatro . . .” Acreditamos, portanto, que em casos semelhantes àqueles submetidos a sua consideração, não se deve hesitar em recorrer ao uso do ferro quente, o quanto antes, para combater o onanismo clitoridiano e vaginal em jovens meninas.

Segundo Vieira (2015) as práticas discursivas são respaldadas no desenvolvimento técnico de uma prática intervencionista. Assim nasce, por exemplo, a disciplina médica da

obstetrícia com a medicalização/hospitalização do parto.

Nunes (1991) faz uma análise do tipo de saber sobre as mulheres produzido pela medicina brasileira no século XIX, através da constituição de uma medicina social. Ela destaca duas fases distintas que demarcaram as práticas discursivas médicas. A primeira delas acontece até 1870, inicia-se quando ocorre um crescimento desordenado da população e de atividades econômicas, que poderiam pôr em risco a sede do poder do Estado, tornando-se um problema político, a medicina social surge, então, para atuar nos possíveis focos de transmissão de doenças:

Cria-se uma medicina que em tudo intervém, que faz um esquadramento total do meio social visando a um controle completo e permanente dos indivíduos, das instituições, de todos os setores sociais, regulando os elementos que possam determinar uma deterioração da saúde da população (Nunes, 1991, p. 50).

Então aquilo que fosse considerado desordem seria visto como causa de doença e morte; é aí que a medicina dá início a um projeto sanitário, higienista. A preocupação com os hábitos no interior da família se intensificou e passaram a ser geridos, um assessoramento da infância e um controle da natalidade e mortalidade. Com tal preocupação, a atenção recai sobre a mulher (responsável pela reprodução), o projeto de intervenção médica se volta à regulação da vida da mulher, esta, a partir de argumentos biológicos/científicos, deve estar situada no lar, na maternidade.

Neste cenário, a mulher ganha um novo lugar na configuração familiar, passa a ser, supostamente, valorizada como esposa e mãe. A isso, Campos e Zanello (2017) chamam de empoderamento colonizado, ele confere uma aparência de autoridade à mulher, porém, esta agora deve ser monitorada, estar sob uma vigilância médica que ditará como realizar bem sua função, como afirma Nunes (1991, p. 52):

A mulher não se torna liberada por esse tipo de proposição da medicina, mas é recolocada em uma nova forma de relação de dominação, através da transferência de uma tutela paterna para uma tutela higiênica. O que se observa nos textos médicos não

é o surgimento de um saber que a coloque como alguém capaz de se igualar socialmente ao homem, mas, ao contrário, a organização de um discurso que justifica positivamente a idéia de inferioridade feminina. Dessa forma, a medicina agora fala pela mulher e diz como ela é e de que forma ela deve viver.

A medicina objetivou, portanto, fixar a mulher num lugar social, o lugar da maternidade, e o faz com justificativas positivas, de que são mais sensíveis, graciosas, seres nascidos para amar e serem amados, etc. Nunes (1991, p. 54) traz um trecho de uma tese apresentada à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro do século XIX (ano 1852), de José Manuel Pereira, ao qual descreve:

Segue-se portanto que as ciências, as artes, as invenções, não devem merecer muito a atenção do belo sexo (...) uma incompatibilidade manifesta existe entre a abstração matemática e as distrações pueris, entre a volubilidade de seus pensamentos e a estabilidade de uma questão física.

Por fim, nesta primeira fase, a medicina também delimita para a mulher, como parte da sua condição, a necessidade do casamento, e o motivo não seria sexual, afetivo ou social, mas necessário biologicamente, em função da fragilidade na constituição da mulher; o que nos faz lembrar que as mulheres com pés-de-lótus precisavam da ajuda de seus maridos para se levantarem, em função das lesões ocasionadas por tal costume.

Após 1870 a perspectiva médica é modificada. Ainda existirá a preocupação higiênica, mas a esta, acrescenta-se a perspectiva de fabricação de certos tipos de indivíduos, um “aprimoramento” da população mais adequada a um determinado projeto político. Segue o trecho – também apresentado por Nunes (1991, p. 55) – de outra tese de medicina do ano de 1882, no qual o doutorando Silva demonstra essa preocupação:

Nós vemos a cada passo homens cuidando dos animais para determinados fins; uns são destinados à caça, outros às corridas, outros a fornecerem alimentação de sua carne e outros enfim para trabalhos especiais, por meio de certo regime, exercício, moradia e de todas as circunstâncias que uma higiene estudada pode determinar. Por que também não estudaremos um meio de aperfeiçoar a nossa raça por meio de uma higiene própria?

É nesta cena que a Psiquiatria ganha destaque para atuar na nova higiene, agora no

campo das emoções, dos sentimentos, quer dizer, mais diretamente das subjetividades. Aí surge a figura do degenerado, aquele que não se adequa, que desvia do comportamento padrão; são nocivos à estratégia de aperfeiçoamento do povo. A família ganha cada vez mais importância nesse projeto, ela seria o lócus de estruturação da vida psíquica dos indivíduos. Para prevenir a transmissão desses aspectos degenerativos às crianças, os costumes são vigiados e regras minuciosas são propostas para as famílias. As mulheres, como responsáveis pelo cuidado da prole, claro, são extremamente responsabilizadas para isso. Os casamentos também são cercados de várias recomendações, tudo pela regeneração social. Acontece que, após alguns anos, o tipo de vida que muitas mulheres levavam estava fora das restrições esperadas:

Mulheres saídas de camadas mais baixas da população, escravas libertas, mestiças e brancas pobres subsistem com certa autonomia, chegando mesmo a formar um contingente nada desprezível da população economicamente ativa. Por outro lado, nas camadas dominantes, a reclusão feminina parece se relativizar, e apesar de não existir uma modificação significativa em sua posição social, o processo de urbanização e o ambiente da cidade propiciavam às mulheres um maior contato social. Começam então a ser vistas em outros locais, além de igrejas e festividades, a possuir alguma liberdade de movimento, chegando mesmo a existir uma ou outra que se toma emancipada econômica e intelectualmente (Nunes, 1991, p. 60)

O que vemos então é que muitas mulheres não estavam mais reclusas ao lar, o que ameaçou o ideal de esposa e mãe. Conforme Nunes (1991) os estudos sobre a natureza feminina foram intensificados e transformam peculiaridades do sexo em doenças, no intento de delimitar uma determinada norma. A mulher passa a ser vista principalmente como lugar onde maus instintos podem ser desenvolvidos, tem uma base degenerada, menos desenvolvida. Agora, sua inferioridade em relação aos homens passa pelo campo da anomalia. A mulher não seria mais sensível que o homem, ela teria, na verdade, menos capacidade de controlar seus sentimentos.

Essas ideias não parecem tão distantes do que vemos acontecer hoje, por exemplo, sob o nome de *Gaslighting*, uma forma de violência psicológica na qual o abusador faz uma

distorção das informações, omite, inventa e faz a vítima duvidar de sua própria memória, percepção e sanidade. Tudo isto que vimos, justifica que as mulheres devam ser mais controladas. Tudo sempre bastante embasado por um discurso científico biológico. Sendo esta a realidade da mulher, isso a torna muito mais suscetível ao título de louca, porque já é considerado que seu organismo é dotado constitucionalmente de deficiências, de estigmas degenerativos.

Deve-se ressaltar, no entanto, que os discursos não eram (e ainda não são) os mesmos para mulheres de classes sociais diferentes, há sempre, como já mencionamos, vários discursos circulando numa mesma época, às vezes complementares, outras contraditórios. Há aqueles que ganham hegemonia, mas sempre em tensão. Portanto, “havia várias ‘naturezas femininas’: uma ‘natureza geral’, de acordo com a condição de sexo, e outras ‘naturezas’, de acordo com a situação social” (Vieira, 2015, p. 37), e podemos ampliar: de acordo com a situação racial, geracional, regional, de orientação sexual, etc. Os modos de subjetivar-se e as práticas discursivas regulatórias para as mulheres negras, por exemplo, têm suas várias particularidades em relação às mulheres brancas; os dados que revelam uma vulnerabilidade maior de mulheres negras a situações de violência refletem bem isso. Na cidade do Recife, em 2018, de cada 36 mulheres assassinadas, 32 eram mulheres negras¹⁰. Essa situação concreta de violência tem rebatimentos diretos na sua saúde psíquica.

O que se percebia/percebe em comum na realidade das variadas mulheres é que tudo girava sempre em torno de uma suposta natureza. A sexualidade feminina era reduzida à sua natureza reprodutiva, à sua essência maternal, e equiparada ao funcionamento animal.

¹⁰ Dado apresentado no Decreto nº 32.487 de 22 de Maio de 2019 que Institui o Programa "Viver Sem Violência: Prevenção e Enfrentamento da Violência Doméstica, Familiar e Sexista contra a Mulher", disponível em <https://leismunicipais.com.br/a1/pe/r/recife/decreto/2019/3249/32487/decreto-n-32487-2019-institui-o-programa-viver-sem-violencia-prevencao-e-enfrentamento-da-violencia-domestica-familiar-e-sexista-contra-a-mulher>

Pensando que a cultura é tida como característica que insere o indivíduo na raça humana e os torna sujeitos, a incessante busca para circunscrever a mulher na natureza, limitando seu lugar social, parece uma tentativa de desumanizá-la, de lhe conferir estatuto animal e, dentro dessa lógica, inferior aos homens (alguns deles), verdadeiros representantes da raça humana.

Mais tarde, quando se descobriu o papel dos ovários, se creditava a eles a explicação não só para a sexualidade, mas também para a psicologia feminina; assim, “ovário e útero tornaram-se órgãos controladores da economia feminina e da feminilidade, funcionando a psicologia feminina como mera extensão da capacidade reprodutiva: ‘os ovários dão à mulher todas as suas características do corpo e da mente.’” (Vieira, 2015, p. 39).

Em Vieira (2015) podemos encontrar vários outros fragmentos de teses de medicina do século XIX e início do século XX, em uma delas, do ano de 1924, com título “Contribuição ao estudo da esterilidade na mulher”, o autor César afirma que “A mulher não é mulher enquanto não tem filhos”, o que nos mostra o quanto a maternidade é (porque esse discurso ainda circula) identitária para a mulher (Zanello, 2018), é isso que vemos ser atualizado no dispositivo materno, discutido anteriormente. Podemos notar claramente como esse imperativo de maternidade está presente na subjetivação da participante Eva ao falar sobre como se sente por não ter conseguido realizar ainda o sonho de ser mãe:

“Incompleta. Eu não me sinto mulher.” (Eva, 27 anos)

Vianna e Diniz (2014, p. 93) assinalam que as mulheres jovens são reguladas por práticas discursivas acerca da sua função materna, esta, como “organizadora de sua experiência identitária”.

Em outro fragmento de tese de medicina trazido por Vieira (2015, p. 40), do ano de 1891, o médico Silva propõe que a sexualidade da mulher chegava ao fim com a menopausa:

N’esta época os caracteres de sexualidade desaparecem e a força substitui a graça, quer do lado físico, quer do lado moral. Começam a aparecer os atributos próprios do

homem (...). A menopausa, pelo que acabamos de dizer, representa na mulher uma das mortes parciais que precedem a morte geral.

A última menstruação seria o término da vida da mulher, afinal, sua função na existência seria a reprodução, uma vez que esta função acabasse, junto a ela acabava a vida sexual e como um todo da mulher. Essa noção associada ao dispositivo amoroso (que constrói subjetividades voltadas para o amor, para a beleza posta para a sedução do outro) tende a rechaçar o envelhecimento na mulher. Na entrevista com Linda, ela contou sobre o medo que sempre teve do envelhecimento e como isso mexe com ela, com sua autoestima, lhe gerando angústias; ela levou o tema do envelhecimento, inclusive, para a sua pesquisa de doutorado e diz:

“Olhe, eu sempre quando era jovem, eu sempre tive medo da velhice... sempre, e eu acho que ainda tenho (risos), eu acho que ainda tenho! . . . Então, ainda me dá medo o envelhecimento... porque o envelhecimento ele pode trazer solidão, porque eu não sou uma pessoa casada, sou solteira, não tenho filhos, ele pode me trazer solidão. É... ele pode modificar a imagem do meu corpo e pode ser agressivo pra minha cabeça, a mudança do corpo... e que já está sendo, já vejo a mudança do corpo, ao mesmo tempo eu luto, né... tento inserir essa imagem de envelhecimento na minha vida já cedo, eu já deixei meus cabelos brancos, já não pinto meus cabelos brancos, porque eu tenho que integrar isso na minha vida de alguma maneira, eu tenho que encarar, tenho que trabalhar pra quando eu chegar lá... lá na velhice.” (Linda, 52 anos)

Linda está buscando suas próprias estratégias de resistência, e precisamos cuidar em não ditar outro imperativo do tipo: todas as mulheres tem que deixar a natureza agir e assumir sua idade cronológica e etc. A questão para nós é problematizar o quanto essas práticas discursivas hegemônicas têm efeitos de assujeitamento em muitas mulheres, elas estão sendo cobradas para atender a isso e o cenário que temos é: clínicas de estética abarrotadas de mulheres para corrigir os sinais do tempo de maneira cada vez mais compulsiva; truques de beleza estampados nas capas das revistas; atrizes mais velhas (isso é bem cedo para algumas!) sendo substituídas por mocinhas jovens protagonizando filmes, séries, novelas com pares românticos bem mais velhos - não tem problema, são homens mais velhos! Neles, o tal do cabelo branco é charmoso, na mulher, sinal de desleixo. São as chamadas tecnologias de

gênero atuando fortemente em nosso século, das quais a medicalização representa apenas uma delas.

Tecnologias de gênero foi um termo cunhado por Lauretis (1984) para se referir a uma espécie de microfísica de poder que cria ou reafirma certas performances de gênero, agenciando e inculcando modos de ser mulher ou homem. Mídia, cinema, música, brincadeiras, produções acadêmicas e vários outros, podem atuar como uma tecnologia na construção do gênero. Todos estão expostos a elas em maior ou menor intensidade; elas dão o roteiro ao qual seguir, o guarda-roupas com opções do que vestir. Mas nem tudo é assujeitamento, é como temos visto com lentes foucaultianas ao longo deste trabalho: não existe poder sem resistência. Há um campo de tensão onde atuam simultaneamente forças de assujeitamento e de subversão, e que irá traçar nuances de posições de sujeito seja para tais mulheres, seja para os supostos “gestores” da medicalização. Sobre isso discorreremos no próximo capítulo.

4 POSIÇÕES-DE-SUJEITO FACE À MEDICALIZAÇÃO

4.1 Cenário do discurso médico psiquiátrico sobre a mulher no século XIX

Temos visto ao longo deste trabalho aspectos do projeto biopolítico de medicalização da população e, mais especificamente, das mulheres. Vimos quanto o discurso médico foi e tem sido ferramenta de vigilância/controlado e produção de subjetividades; e que o saber-poder da medicina se apropriou e objetificou o corpo das mulheres, estas reduzidas à aspectos biológicos, à sua vida sexual e reprodutiva. Também pudemos ver que neste cenário de disciplinarização de corpos e mentes, a psiquiatria foi ganhando forças em meados do século XIX, e monopolizou o saber-poder sobre a loucura, agora, doença mental.

Os psiquiatras ganharam o poder da verdade, a autoridade do discurso sobre a loucura, invalidando qualquer outro discurso sobre o fenômeno. Segundo Engel (2018), a psiquiatria brasileira deixa evidente seu comprometimento com as políticas de controle social das primeiras administrações da República pelas questões que aborda na produção da loucura. De acordo com a autora, “a doença mental, em fins do século XIX, deixa entrever as principais dimensões da intervenção da medicina na sexualidade, nas relações de trabalho, nas condutas individuais ou coletivas que dissessem respeito a questões religiosas, políticas ou sociais” (p. 329).

A sexualidade feminina, então, foi amplamente regulada, como vimos em alguns apontamentos no capítulo anterior. A associação da mulher à natureza a qualificava como bonita, sedutora, submissa, ao mesmo tempo que frágil, amoral, imprevisível e outras características que lhe rendiam ambiguidade e mistério. Por conseguinte, tornava-se um perigo, precisando, logo, ser controlada, “submetida a um conjunto de medidas normatizadoras extremamente rígidas que assegurassem o cumprimento do seu papel social de esposa e mãe” (Engel, 2018, p. 332).

A maternidade tinha capacidade de curar e prevenir doenças mentais nas mulheres, embora contraditoriamente também fosse amplamente defendida pelos psiquiatras ao final do século XIX a loucura puerperal, mas que estava associada ao fato da mulher não desempenhar corretamente o dom da maternidade, o sentido de sua existência. O casamento também era outro remédio à insanidade feminina. Somente através de uma relação conjugal as mulheres poderiam conseguir livrar-se de perturbações psíquicas. Uma série de discursos negavam a existência do desejo/prazer sexual na mulher, outra parte defendia sua existência, porém, com isso, alertavam sobre os danos que poderiam advir de uma vida sexual insuficiente ou ausente, como a masturbação e o adultério. “A sexualidade só não ameaçaria a integridade física, mental e moral da mulher, caso se mantivesse aprisionada nos estreitos limites entre o *excesso* e a *falta* [grifo da autora] e circunscrita ao leito conjugal” (Engel, 2018, p. 342).

O perfil disseminado da mulher histérica no séc. XIX foi um dos mais marcantes quando se fala em sexualidade e perturbações psíquicas nas mulheres. A histeria foi uma doença reconhecidamente dita feminina. E o desenvolvimento da psiquiatria no início do século XX parecem não ter refutado essa associação:

. . . longe de questionarem a associação entre mulher e histeria, aprofundaram-na, conferindo-lhe *status* [grifo da autora] de verdade científica. Ainda por muito tempo, as palavras impetuosas do psiquiatra francês Ulysse Trélat, discípulo de Esquirol, continuariam a ecoar dentro e fora do mundo acadêmico e científico: “Toda mulher é feita para sentir, e sentir é quase histeria” (Engel, 2018, p. 357).

4.2 Práticas discursivas hegemônicas da psiquiatria a partir do século XX

Saberes e práticas do discurso médico psiquiátrico hegemônico foram mais fortemente questionados na recente (pode-se dizer já que no Brasil tem aproximadamente 40 anos) reforma psiquiátrica. De acordo com Andrade (2014), as mulheres ocupam um lugar de destaque na história da reforma psiquiátrica brasileira, parafraseando a autora, as mulheres são protagonistas desse processo em diferentes posições: gestoras, trabalhadoras, familiares

ou usuárias dos serviços criados a partir da reforma; em todos esses lugares se vislumbra os registros de gênero. Para Andrade (2014),

Os registros ou efeitos de uma determinada configuração de gênero podem ser percebidos através de aspectos como: a hipermedicalização da experiência das mulheres, os efeitos sobre a maternidade, sobre as conjugalidades, o abuso moral e sexual, além de certa atualização da histeria . . . Tais aspectos apresentam como pano de fundo uma concepção naturalizante do sofrimento das mulheres ou, dito de outra forma, uma concepção que reduz tal sofrimento a uma suposta vulnerabilidade e predisposição natural das mulheres ao sofrimento da ordem do mental (p. 65).

No mesmo período da reforma psiquiátrica no Brasil, por entre as décadas de 70 e 80, houve um forte movimento iniciado nos Estados Unidos, mas posteriormente disseminado no mundo inteiro, de remedicalização da psiquiatria, uma vez que esta havia se afastado um pouco do modelo médico com a ascensão do modelo psicanalítico. Retoma-se com toda a força a abordagem biológica. Segundo Aguiar (2004, p. 07), a psiquiatria biológica

tem como característica principal a afirmação dos métodos e do vocabulário médico como os únicos legítimos na investigação e descrição dos transtornos mentais . . . Há aí um deslocamento conceitual, em que a ênfase no processo de adoecimento e sua relação com a história de vida singular do sujeito passa a ser substituída por uma abordagem que prioriza a investigação objetiva de doenças específicas. Segundo Borgeois, a psiquiatria biológica quer afirmar definitivamente a psiquiatria como uma especialidade médica, buscando alcançar uma demarcação nítida, que permita diferenciar a psiquiatria da psicologia, da psicanálise, e ainda das abordagens psicossociais sobre os transtornos mentais.

Aguiar (2004) ainda denuncia que esse processo pode não ter declaradamente aberto mão de outras abordagens psicoterapêuticas, mas passou a requerer que elas, para serem legitimadas, se sujeitassem aos mesmos critérios metodológicos hegemônicos da medicina, seja qual fosse o tipo de abordagem terapêutica ou teórica: “a eficácia dos tratamentos psiquiátricos passa a ser avaliada através de critérios objetivos que favorecem as intervenções que atuem diretamente na redução e controle de sintomas” (p. 08).

Este modelo teórico e terapêutico da psiquiatria é o que tem predominado até os dias atuais, deixando de lado o diálogo entre os diversos outros modelos. Foram muitos fatores que

levaram a essa movimentação, como os fatores econômicos e o crescimento da indústria farmacêutica. Um dos efeitos desse pensamento reducionista é o enfraquecimento da relação terapêutica já anteriormente refletida neste trabalho.

No encontro entre paciente e médico o saber-poder do médico, muitas vezes, salta sobre o paciente encerrando-o em um diagnóstico:

O paciente sai do encontro com o médico redefinido, transformado em um caso. Ele é territorializado em um diagnóstico. Tudo o que ele vier a dizer após receber o diagnóstico será interpretado segundo os termos usados no interior desse território. O ato do diagnóstico inscreve-o num universo do qual ele não domina os termos empregados e as regras de funcionamento. O paciente terá que delegar, cada vez mais, sua vida aos especialistas, pois é o médico quem conhece a sua doença, o seu tratamento e todo o funcionamento do território delimitado pelo diagnóstico que o paciente recebeu (Aguiar, 2004, p. 27).

E atrelada ao diagnóstico vem a prescrição. Ora, como já destacado em capítulos anteriores, fica evidente que se não há um marcador biológico que assegure um diagnóstico preciso, o ato de diagnosticar é perpassado por uma não reconhecida avaliação subjetiva do médico e daquilo que o paciente apresenta. Ou seja, o encontro onde essa troca acontece precisa ser valorizado.

Percebe-se, pois, que o diagnóstico e a terapêutica desenvolvida não são práticas neutras, universalizadas e despolitizadas. É importante tensionar as práticas discursivas médicas e analisar aquilo que não é dito, aquilo que é calado ao dizer que o ato do médico é neutro, como por exemplo, todo o processo apresentado de objetificação da loucura, de apropriação do corpo feminino, ou até mesmo os valores de gênero que aquele tal médico traz consigo, pois é ele quem interpreta e nomeia o “sintoma” apresentado pela paciente, arrematando experiências em categorias nosográficas. E, a partir da tensão, desconstruir discursos raros, naturalizados e hegemônicos, fazendo circular as diversas práticas discursivas.

4.3 Processos de reiteração e de ruptura do modelo médico hegemônico e estratégias terapêuticas para o enfrentamento do sofrimento psíquico

Nenhum indivíduo torna-se sujeito sem ter sido submetido a processos de subjetivação e, de acordo com Butler (2010, p.18), “o sujeito não só se forma na subordinação, mas esta lhe proporciona sua contínua condição de possibilidade”. Então, tensionar é ativar uma consciência reflexiva sobre esses rituais de subordinação e vislumbrar, até mobilizar, estratégias de resistência e subversão, encontrando suas próprias possibilidades de subjetivação dentro das fronteiras em que se acha situado. Em termos foucaultianos, permitir-se uma subjetividade ética. Dito de outro modo, as condições de emergência do sujeito vêm desse poder que o emoldura, o produz, e ao qual ele pode se assujeitar, resistir, subverter... assim, como sugere Butler (2010), a emergência do sujeito conduz à dissimulação do poder; Furlin (2013, p. 397) explica: “o sujeito fundado pelo poder adquire uma aparência de fundador do poder, ocultando os processos que o sujeitaram, quando na verdade esses continuam coexistindo no próprio sujeito”.

Por isso, importa atentar para os modos de subjetivação presentes no encontro paciente-médico e pensar no processo histórico que incide sobre as práticas psiquiátricas e, conseqüentemente, sobre suas/seus pacientes. Destacaremos algumas narrativas colhidas nas entrevistas vislumbrando processos de rupturas e de reiterações das normas dominantes apresentados pelos médicos que atenderam as mulheres entrevistadas (de modo cauteloso, visto que as informações que temos neste trabalho partem dos relatos feitos pelas pacientes e não de entrevistas com os próprios profissionais) e, posteriormente, pelas mulheres entrevistadas nas suas experiências com os benzodiazepínicos e com o saber-poder médico.

Em uma das entrevistas realizadas, a participante Branca conta que quando começou a ter sintomas de taquicardia e vontade de sair correndo, foi ao primeiro médico, uma psiquiatra que, segundo ela, lhe receitou um remédio para o coração; ela disse não ter adiantado, por isso procurou outro psiquiatra. Neste último, relata que houve várias trocas de medicação porque

seu organismo não estava se adaptando a nenhuma droga. É interessante notar como a terapêutica medicamentosa predomina. Esse reducionismo a uma lógica médica biologizante sobre a qual tanto falamos, ressoa no campo da saúde mental, inclusive no que tange à reforma psiquiátrica, pois se esperava que com a reforma houvesse uma transformação cultural que permitisse a construção de diferentes lugares sociais para as pessoas acometidas por sofrimentos psíquicos, para a própria concepção de loucura e, conseqüentemente, uma diminuição de experiências encerradas em categorias nosográficas e da faixa do tratável. Mas o que alerta Andrade (2014, p. 71) é que

há um alargamento da faixa do tratável e, de certo modo, com a ampliação da faixa do tratável há também uma ampliação e predominância da terapêutica medicamentosa, o que tem impedido uma transformação significativa não apenas da cultura, mas também das relações estabelecidas com a loucura.

No caso de outra participante, Zinha, apontamos no capítulo anterior sobre sua experiência em um dos serviços substitutivos de saúde mental e a notória reiteração da lógica medicamentosa, do modelo médico tradicional. Ela comentou:

Zinha: - *Eu tomo o Fluoxetina, tomo o Rivotril® também lá... Quando eu tô mais atac... quando eles veem que a gente tá mais chorosa, assim mais depressivazinha, eles dão pra a gente se acalmar...*

Entrevistadora: - *O que você acha disso?*

Zinha: - *Eu acho bom, eu acho bom... porque, às vezes, muitas vezes eu cheguei lá chorando, com muita dor de cabeça, com muito “atacamento”, eles deram um remedinho e a gente fica lá num quartinho pra dormir tranquilazinha... eu gostei, gostei.*

O tratamento medicamentoso é muitas vezes a única resposta que médicos aprenderam a dar ao sofrimento que lhe chega. Laranjeira e Castro (1999) usam o termo *onipotência hipertrofiada* para dizer da tendência dos médicos em quererem a todo custo melhorar a qualidade de vida dos seus pacientes, dito de outro modo, achar que precisam dar resultados rápidos para o sofrimento dos pacientes.

Diagnosticar e prescrever, essas são palavras de ordem. É o que se espera dos médicos,

inclusive por parte dos próprios pacientes. Estes, inclusive, algumas vezes pressionam médicos em busca de certo medicamento, chegando até a sugerirem o medicamento a ser prescrito e moldam suas narrativas na consulta com aquilo que julgam ser critério para o recebimento da receita desejada. Rita compartilhou em sua entrevista uma situação que viveu na qual ela mesma sugeriu ao seu psiquiatra o remédio que queria tomar:

“... Eu já fui pra vários psiquiatras só pra, tipo, chegar e ter uma receita. . . . Eu tomava a Amitriptilina e eu não podia tomar Fluoxetina porque eu tinha um transtorno alimentar, e Fluoxetina as pessoas costumam tomar até para emagrecer, né? Tira muito a fome. E aí eu fiz: ‘Como é que eu vou convencer esse médico de que eu quero tomar Fluoxetina? De que eu me sinto de boa para tomar Fluoxetina? Eu não vou parar de comer por causa de Fluoxetina...’”

Ao chegar à consulta, na conversa inicial, Rita introduz o assunto de forma bem direta:

*“Mas olha, eu li na internet que tem um remédio que é bem melhor do que... é que eu já tô tomando Amitriptilina tem um tempo, né, e eu queria mudar!’, aí ele: ‘É? E qual é o remédio?’, ‘Eu queria tomar o Fluoxetina!’, aí ele: ‘Ok!’. Ele simplesmente fez a receita e fez: ‘Olhe, você vai começar tomando 20 mg. Se em 15 dias você não se sentir melhor você dobra a dose e daqui a 2 meses a gente se vê’, aí eu (em pensamento): ‘Mas passando Fluoxetina para sua paciente que chegou aqui com 40 kg porque não comia....’ ele simplesmente não prestou atenção, ele simplesmente não virou a ficha dele de papel pra dizer: ‘Ah, será que eu posso passar Fluoxetina pra essa menina?’, não, tá de boa, tá tudo certo e pronto.
. . .Psiquiatra, para mim a sensação, de ter experiência desde a infância, né, com esses médicos, a sensação é de que ele só, ele só tem a (risos), como é que eu falo pra minha mãe? Ele só tem esse bloco de receita azul que eu preciso dele, só!”*

Sobre isso, Aguiar (2004, p. 41) afirma:

A difusão social do conceito da doença tem o objetivo de fazer com que o próprio paciente possa fazer seu diagnóstico e sugerir o tratamento ao seu médico. Como no DSM o diagnóstico é realizado pela mera identificação de sintomas, não dependendo de nenhum exame complementar, é perfeitamente possível que o próprio paciente estabeleça o seu diagnóstico e até mesmo o tratamento farmacológico que achar conveniente. O DSM virtualiza o médico, fazendo com que cada paciente possa, exceto pelo papel doravante burocrático de assinar a receita, tornar-se médico de si mesmo.

Às vezes, neste contexto, alguns médicos cedem com receio de perder clientes; outros servem aos interesses econômicos da sociedade capitalista, aos interesses da imperiosa indústria farmacêutica, porque comprou a ideia que foi prometida com o uso do medicamento

X, ou ainda a fim de, com isso, obter ganhos. De todo modo, tal postura deixa transparecer a insidiosa falta de comprometimento ético.

Zinha, como já apontamos em outro capítulo, frequenta dois psiquiatras, o que, junto a outros fatores também apresentados, pode ser indício de uma pessoa que faz uso abusivo do medicamento, conforme aponta Laranjeiro e Castro (1999). Um dos psiquiatras é particular e o outro é de um serviço de saúde mental do estado. Na entrevista ela demonstra certa compreensão sobre o peso do que diz na sala de consulta para receber ou não a prescrição para o medicamento:

“eu vou lá, converso com ele, ele passa os medicamentos ou então não passa, dependendo do meu estado, do que eu disser pra ele...”

Como o sofrimento psíquico não traz consigo o marcador biológico, a narrativa do paciente impõe o maior peso na hora de traçar o diagnóstico. A questão a que se deve atentar é que “com a propagação do discurso da saúde, essa narrativa já não é outra coisa senão a doença socializada” (Aguilar, 2004, p. 41).

Em meio aos movimentos reiterativos do modelo hegemônico no cuidado à saúde mental, temos também as forças de ruptura. Na experiência de Sônia, o primeiro médico ao qual ela recorreu por conta da insônia foi um neurologista, este passou um remédio com o qual Sônia afirma ter ficado muito dopada, por isso ela optou fazer a interrupção do medicamento por conta própria, voltou ao médico e foi quando ele prescreveu o Clonazepam, ao qual faz uso recorrente. Hoje Sônia faz o acompanhamento com outra médica, uma clínica geral; de acordo com Sônia, esta médica indicou estratégias terapêuticas alternativas à terapêutica medicamentosa. Ela sugeriu que ela fizesse uso de chá de camomila, realização de acupuntura, e prescreveu remédios fitoterápicos. Entretanto, Sônia diz que essas estratégias não resolvem seu problema e insiste com a médica até conseguir o benzodiazepínico.

A participante Rita também relata sua experiência com uma psiquiatra que lhe propõe

outras estratégias terapêuticas para além da medicamentosa no enfrentamento ao sofrimento psíquico. Rita conta que, dentre vários profissionais de psiquiatria e neurologia ao qual foi, essa foi a que teve uma postura diferente:

“Foi a única que perguntou se eu tomava a muito tempo esse remédio, se me incomodava, se eu queria mudar, se eu queria fazer alguma coisa; todos os outros disseram que usar Rivotril® era... estritamente necessário quando se usa um antidepressivo”.

Em outro momento ela disse que essa psiquiatra lhe falou:

“Olhe, você precisa lembrar: depressão não se cura só com remédio! Você precisa fazer terapia, você precisa fazer exercício físico, você precisa cuidar de você! Então, se você pode fazer terapia, faça, procure. Se você não pode pagar, existem lugares que você pode ir. . . . Só tomar o remédio não vai servir, só tomar o remédio você vai voltar daqui a 2 meses, eu vou te dar uma receita de novo e aí você vai ficar nessa média! Se você fizer terapia, você avança!’ Mas ela foi a única médica que falou isso! A única psiquiatra ou neurologista que eu já fui que disse que eu precisava fazer terapia. Todos os outros, não! Eles parecem que acreditam realmente que você vai ficar curado, você vai ficar curado de uma depressão ou de um transtorno alimentar ou de um transtorno de ansiedade ou de um transtorno do pânico só tomando remédio!”

Rita tem adotado algumas estratégias de enfrentamento alternativas. Ao ser questionada sobre como se sente com essas atividades que tem buscado fazer, se elas fazem com que diminua o uso do remédio, ela responde:

*“Comecei a caminhar e uns dois ou três anos assim, todo dia à tarde eu botava o tênis e corria 6km e isso me deixava é é... isso me dá uma energia imensa pra fazer coisas e me deixava me sentindo muito mais autônoma, sabe? É... quando eu tava correndo sete horas da noite, tipo, dando voltas numa praça assim, eu sentia que eu precisava de menos remédio pra dormir. Eu sentia que eu não precisava de 2mg de Rivotril®, era muito, sabe?
. . . . Aí voltei a fazer exercícios . . . eu faço o seguinte, tipo, ou eu faço Yoga, ou eu vou na praia, porque aí eu faço uma caminhada até uma parte da praia, tomo banho de mar e volto pra casa, isso também faz com que eu me sinta revigorada. . . . Comecei a caminhar, tô, né, ensaiando a corrida, mas isso faz com que sempre no fim do dia eu me sinta mais satisfeita e eu sinto que, eu sinto que eu preciso de menos remédio.”*

Algumas outras participantes dizem que para evitar o uso continuado e abusivo do BZD recorrem ao uso do chá de camomila. Tina diz que quando percebe que está ficando com os sintomas que a levaram ao médico procura controlar com chá e somente se perceber que o

chá não está mais surtindo efeito, procura novamente o médico. Branca também disse que faz uso do chá:

“Como eu não tava me sentindo bem com o Rivotril®, mesmo depois de 01 ano, que eu passei 01 ano tomando Rivotril® à noite e pela manhã, aí eu tentei substituir aos poucos, né, porque depois que a doença se estabilizou, aí eu comecei a trocar por chá de camomila, botava chá de camomila à noite mais concentrado pra tentar dormir de uma forma, assim, com mais qualidade.”

Cada uma vai encontrando suas possibilidades de agência a partir desses atos de liberdade. Além do chá, Branca diz que iniciou um curso de graduação:

“Eu tô tentando, eu não sei como, mas eu tô tentando, assim, cada dia é uma luta assim . . . eu tô fazendo faculdade à noite . . . Aí é uma luta diária de ‘você vai conseguir!’”

Já Tina afirma:

“Aí eu programo minha vida assim: pronto, eu tenho que sair dessa. Não, essa fase já deu o que tinha de dar, né? Aí eu vou fazendo por etapa, e... não é que eu tenha escrito, mentalizei as etapas de como eu vou recomençar a minha vida. E o primeiro passo eu já tô tomando que é a decisão de deixar de fumar! Mais uma vez, que eu já deixei uma vez. E depois tem as outras etapas... Nesse meio tempo aí eu tenho: como é que eu vou fazer? Vou deixar de fumar, vou voltar a ler o livro que eu estava lendo que era maravilhoso e parei e não sei por quê. E depois, voltar outras coisas, parte a parte, né, gradativamente.”

Para Linda a estratégia é procurar estar com os amigos, fazer pilates e outras ações no cotidiano, como esta que ela contou:

“eu tinha que tomar umas decisões pela internet de trabalho e eu não consegui ir pro computador, aí o que é que eu fiz, peguei uma esteira que eu adoro botei no quintal, botei a mesa, fiz café, montei as coisas, montei um cenário ali no jardim do quintal, porque tenho outro jardim lá atrás, arrumei o computador, quer dizer, eu busco sair desse... desse... mas é muito difícil! Aí fiz minhas coisas, consegui entrar na internet, tudo, tomei o café e pronto”.

Já Maria relata que agora diminuiu o uso, que o médico orientou para ela só tomar o remédio quando estiver sem sono, e comenta sobre os recursos que se utiliza para lidar com as angústias diárias:

“Porque eu tô melhor, eu agora tô melhor que nem eu falei pra você, eu ligo a televisão assisto, leio a ‘bblia’, vou arrancar uns matinhos que minha mãe tinha no pé do muro...”

É válido destacar que o fato de lançar mão destas estratégias de enfrentamento não é garantia de que essas mulheres não apresentarão mais os sofrimentos psíquicos que as levaram em busca de um profissional, entretanto, possibilita a agência, a capacidade de ação dessas mulheres mediante os discursos e práticas dominantes em relação à sua saúde mental e à sua vida; com tais estratégias, elas podem construir novos sentidos em sua existência, agenciar novos modos de subjetivação e assumir outras posições-de-sujeito.

As práticas discursivas possibilitam os lugares no qual os indivíduos podem se posicionar, recrutam as posições-de-sujeito a serem ocupadas. Os sujeitos podem se apropriar desses lugares, os ressignificar ou contestá-los. A repetibilidade que permite os atos performativos reforçando as identidades já existentes, também possibilita sua interrupção e a produção de novas posições. Como afirma Butler (2016, p.163):

Em virtude dessa reiteração, que fossos e fissuras são abertos, fossos e fissuras que podem ser vistos como as instabilidades constitutivas dessas construções, como aquilo que escapa ou excede a norma, como aquilo que não pode ser totalmente definido ou fixado pelo trabalho repetitivo daquela norma. Esta instabilidade é a possibilidade desconstitutiva no próprio processo de repetição.

O que se nota é que não se trata de uma lógica dicotômica, não há um comportamento ou outro que se excluem mutuamente, mas coexistem movimentos de repetibilidade e de interrupção. Butler ainda afirma que isto é o paradoxo da subjetivação:

O paradoxo da subjetivação (assujeitissement) reside precisamente no fato de que o sujeito que resistiria a essas normas é, ele próprio, possibilitado, quando não produzido, por essas normas. Embora esse constrangimento constitutivo não impeça a possibilidade da agência, ele localiza, sim, a agência como uma prática reiterativa ou rearticulatória imanente ao poder e não como uma relação de oposição externa ao poder (2016, p. 169).

Dito isto, podemos compreender, pois, que as experiências das mulheres que já foram e serão relatadas aqui constituem um campo de tensões entre resistência e assujeitamento, e,

ora parecem revelar mais seu caráter de ruptura, ora de reiteração. A participante Rita nos revela o constante jogo de resistência e assujeitamento na sua vivência:

“O Rivotril® para mim, a sensação que eu tenho é que, ele tira minha autonomia total assim, e é essa autonomia que eu tô procurando, sabe? Conseguir não precisar viver a minha vida pensando em quantos comprimidos eu tenho na gaveta e onde eu tenho que comprar, porque eu tenho que vir em Recife . . . E aí tipo, se eu tiver que vir em Recife comprar, se eu não sei o quê, se eu tomei mais remédios do que eu deveria, se o mês está acabando e eu tenho que ir no médico para poder renovar a minha receita, e isso tomava muito do meu tempo assim e agora já não acontece, sabe? Fazer exercício, ir para yoga, ir fazer acupuntura, fazer...fui tentando todas as coisas assim: ‘Ah, tô muito tensa pra dormir de noite, não sei o quê, não vou tomar mais 2 mg de Rivotril®, vou fazer esse chá de camomila, vou pingar um própolis, vou tomar e vou esperar o sono chegar!’, mas isso é uma coisa que eu tenho conseguido fazer de alguns meses para cá, sabe? E aí eu percebo que essas coisas que eu tô fazendo, eu acredito que elas vão me ajudar a começar o desmame e a continuar, porque começar o desmame é fácil, você começa tomando quase a mesma dose que você toma todos os dias, mas chega um momento em que você, não tem como você fugir da abstinência da história, né? E aí eu tenho medo, medo... de verdade! (Risos) Medo real!”

Ela utiliza a palavra autonomia destacando justamente aquela condição de potência para conseguir agenciar sua própria vida, sinalizando que para ela a experiência que tem com o BZD é de despotencialização. Ela relata o quanto se vê assujeitada ao uso do psicotrópico, ao mesmo tempo em que demonstra uma consciência reflexiva que a põe em outra posição: *“Ah, tô muito tensa pra dormir de noite, não sei o quê, não vou tomar mais 2 mg de Rivotril®, vou fazer esse chá de camomila, vou pingar um própolis, vou tomar e vou esperar o sono chegar!”*; criando suas próprias estratégias para lidar com seu sofrimento, retoma sua capacidade de ação e enxerga que é capaz de viver sem a substância, mesmo temendo os efeitos que isso acarretará.

Entretanto, Rita também faz movimentos intensos de assujeitamento. A nova psiquiatra a qual tem ido fez o esquema de desmame para ela, que em outro momento da entrevista Rita afirma não ter começado, ao ser questionada sobre o motivo ela responde:

“Eu estou fazendo agora no final do ano seleção de doutorado em algumas universidades, assim... E me sinto... e tenho dormido muito mal, me sinto muito tensa o tempo todo e a sensação que eu tenho é que se eu não tomar eu vou... não vou

conseguir manter minha estabilidade pra poder estudar e escrever, estudar e escrever, estudar, escrever... que é uma parada que deixa você muito tensa, né? E aí, não consegui começar ainda... de dizer: 'Ah, não, eu consigo! Eu consigo tomar essas doses e não sei o quê...' Não! Inclusive eu tenho tomado até durante o dia assim... Parto o comprimido em quatro, porque algum dia acordo: crise de ansiedade e me tremendo... vou e tomo."

Podemos chegar à conclusão de que ela não está sendo verdadeira porque em um momento diz que consegue substituir o uso do BZD por outras estratégias e mostra-se confiante na sua capacidade de desmame e ora mostra-se mais suscetível ao uso do medicamento até durante o dia por não conseguir lidar com as angústias do/no cotidiano? Não, esse não é o caso. O que queremos é justamente perceber o quanto num mesmo sujeito podem coexistir posições diferentes e contraditórias muitas vezes, gerando conflitos e tensões.

Zinha também oscila entre o desejo que motivaria a agência e a reiteração da prática de medicamentação, o assujeitamento:

*"Eu queria, eu queria sair disso, desses pensamentos, porque eu sou uma pessoa inteligente, sou uma pessoa... uma pessoa inteligente, sou uma pessoa é... comunicativa, sabe? Eu tenho que procurar um jeito, um jeito, uma forma, uma maneira de eu sair! Por exemplo, estudar. Quero muito estudar, quero muito fazer uma coisa, quero muito fazer isso, mas eu não consigo fazer!
. . . Aí eu... isso vai me dando angústia, vai me dando... aí eu tomo logo meu Rivotril®. Entendeu? E qualquer coisa de raiva, de ansiedade, de preocupação, eu já vivo com ele na bolsa, cortadinho, no negocinho que eu já boto ele na boca!"*

O desejo de Zinha ainda não tem sido motor suficiente para que ela agencie novas posições-de-sujeito, ela ainda demonstra grande restrição de repertório emocional para lidar com os desafios no seu cotidiano. Daí a importância, ainda maior, dos profissionais do cuidado à saúde ao invés de criarem espaços para a manutenção do estado das coisas ou o tamponamento dos sofrimentos com uso indiscriminado e excessivo de psicotrópicos, favorecerem espaços de acolhimento e construção de novos sentidos de existência e de cuidado de si. No sentido foucaultiano, o cuidado de si revela-se por um olhar que se move do exterior dos outros, do mundo, para si mesmo, conduzindo a um estilo de vida próprio, uma estética da existência que possibilita focos de resistência aos poderes normalizadores da vida.

Para Carvalho e Dimenstein (2004, p. 128), enquanto profissionais de cuidado à saúde psíquica, precisamos:

Possibilitar uma expansão do seu [das pacientes] campo subjetivo, a fim de que possam perceber o lugar ocupado pelo medicamento em suas vidas. Não se trata de fazer com que seu uso seja eliminado, o que seria uma atitude além de impossível, irresponsável, pois mudanças dessa natureza não acontecem de forma abrupta. Devemos lutar para que o ansiolítico seja retirado da posição de “objeto mágico”, concepção que impede essas mulheres de terem uma compreensão e um comprometimento no que se refere à sua saúde e à sua doença. A nosso ver, no momento em que o significado atribuído ao ansiolítico for reconstruído, ou seja, quando ele não for mais visto como “a força” que elas precisam para suportar os seus sofrimentos cotidianos, é possível que elas possam mudar de posição em relação à percepção dos seus sofrimentos.

No caso de Linda, ela apresenta certa crítica à prescrição da sua médica:

“ela disse que eu poderia tomar quantos quisesse, mas eu não via necessidade (durante o dia), eu só tomava à noite pra relaxar e dormir, nunca fiz uso, nunca senti necessidade de tomar várias vezes no dia, né, não tinha ansiedade assim! Quando tava controlado é... eu não sentia necessidade, então eu não tomava, porque a gente já não acha interessante tá tomando remédio, né?”

Mais adiante Linda demonstra efeitos de resistência ao falar do medo que sente do remédio se tornar imprescindível em sua vida, da sua habilidade para lidar com situações de problema ficarem limitadas ao uso da substância:

“tem o medo que eu tenho... de nunca conseguir estar bem sem o medicamento, é um medo que eu tenho, sabe? Porque já é... toda vez que eu tiver com problema ter que tomar medicamento pra viver bem? Isso não é bom! Isso não é bom... É... então, é uma armadilha, parece ser uma armadilha... entende? É isso que eu tenho mais a acrescentar, é esse medo de não, de ter que, pro resto da vida, pra ficar bem, ter que tomar o medicamento. É claro que eu não sinto nenhum efeito, nenhum outro efeito negativo no organismo... mas não é bom, é uma dependência que você tem, um compromisso que você tem que tomar um medicamento.”

À guisa de fechamento, veremos mais dois relatos de Rita na sua constante tensão entre assujeitamento e resistência:

“Eu não quero, eu não quero mais tomar esse remédio, eu não quero mais tomar Rivotril®! Se tornou aquela coisa do tipo, é... se eu tô na rua, se eu tô saindo de casa, eu olho minha bolsa e olho a chave e olho tipo: ‘Ah, minha chave tá aqui meu, celular tá aqui, meu Neosoro® tá aqui, o Rivotril® tá aqui’, porque se eu tiver um ataque de

pânico dentro do ônibus, eu não sei o que fazer, eu só sei botar o remédio debaixo da língua. E aí, de repente, esse negócio do uso pra mim ficou me incomodando, sabe? Essa... essa... essa... esse uso de tanto tempo e, tipo, eu não consigo pensar que Rivotril® é um remédio que eu tomo porque eu tenho um transtorno, porque eu tenho um desequilíbrio eletroquímico do meu cérebro, pra mim, a sensação que eu tenho é de que eu tomo Rivotril® porque se eu não tomar eu entro em abstinência, pra mim eu estou usando uma droga muito pesada que eu não consigo me desfazer.”

Em outro trecho, Rita narra sobre sua relação com os amigos a partir do lugar de sujeito que faz uso de ansiolítico.

“E a minha vida toda sempre fui eu, dos lugares que eu frequentava, dos grupos onde eu tava, era sempre eu a deprimida que tomava remédio.”

Então Rita conta que os amigos começaram a procurá-la para relatar seus sintomas ansiosos, mas não queriam ir ao médico:

“Aí não quer ir num médico porque não quer, parece que as pessoas acham que se você receber uma receita azul no seu nome, você recebeu um atestado de doido, né? E aí eu fico dizendo: ‘Tem que ir num médico! Você não precisa ir num psiquiatra pra o psiquiatra passar um ansiolítico, um benzodiazepínico pra você, você pode ir num cardiologista! Diga o que você sente pro médico!’ Mas aí as pessoas se voltam pra mim: ‘Tu pode me dar um Rivotril® pra eu deixar em casa, caso eu sinta isso, não sei o quê, não sei o quê?’. E aí, tipo, no começo eu fazia: ‘Claro!’, era uma segurança que eu também sentia, né? E aí de repente eu percebi que, tipo, eu não posso fazer isso... Sabe? Eu não posso chegar pra uma pessoa e dizer: ‘Ó, toma essa cartela de Rivotril® porque tu já deixa aí que quando tu tiver uma crise de ansiedade...’ . . . Aí da última vez que um amigo chegou pra fazer isso eu fiz: ‘Ó, eu vou te dar um comprimido porque eu não quero que ninguém se sinta é... é... numa situação precária porque não tem um remédio que você não pode comprar na farmácia, em qualquer farmácia sem receita, vou te dar um comprimido, mas você precisa ir a um médico!’, e aí eu percebi como as pessoas se... quando pensavam nesse remédio, as pessoas pensavam em mim, sabe? Aí foi depois disso que eu resolvi: não, vou num outro psiquiatra porque eu preciso... eu preciso me livrar desse negócio, eu preciso me livrar desse estigma, mas não é o estigma para as pessoas, é o estigma para mim! Sabe? . . . Então eu disse: ‘Eu não posso sair distribuindo cartela de Rivotril® por aí para as pessoas!’ sabe? E aí foi que que... eu comecei a pensar mais criticamente isso, sabe? Tipo, eu não posso usar essa droga . . . E... pra mim tem sido... nos últimos meses, tem sido a saga de como eu vou desmamar esse remédio”.

No primeiro trecho, Rita compartilha mais uma vez seu assujeitamento, porém, mais que isso, ela revela uma tomada de consciência reflexiva: “*esse negócio do uso pra mim ficou me incomodando*” e essa consciência, por sua vez, está ligada ao desejo que é motor da

agência. Seu desejo foi verbalizado: “*Eu não quero mais tomar esse remédio*”. É este processo que permite movimentos de resistência ao poder normativo que limita a ação do sujeito, neste caso, o poder da medicalização. Foi na consciência do limite que foi possibilitada a ação subversiva, a ressignificação – o sentido oferecido à substância se converte: de remédio a droga; o lugar de subordinação “*eu só sei botar o remédio debaixo da língua*”, foi tensionado por efeitos de resistência: “*eu não quero mais tomar Rivotril®!*”. Furlin (2013, p. 399) afirma: “O poder da agência se configura, fundamentalmente, como resistência política. Surge quando se dá uma descontinuidade entre o poder que constitui o sujeito e o poder que o próprio sujeito assume”. Nessa descontinuidade é que há espaço para o acontecimento, que falaremos mais adiante. Antes, nos debruçemos sobre o segundo trecho.

A dinâmica desenvolvida no segundo enunciado segue a mesma lógica. Rita começa na posição de deprimida, da que toma remédio e daquela que é procurada como referência de pessoa que tem ansiolítico para dar e que não se incomoda de ser essa referência. Porém, em algum momento, acontece a cesura, a descontinuidade, em ambos os trechos se nota o “*de repente*”, demarcando tal descontinuidade, ela lança Rita numa ampla teia de posições possíveis. O descontínuo em Foucault é descrito justamente como “cesuras que rompem o instante e dispersam o sujeito em uma pluralidade de posições e de funções possíveis” (Foucault, 2014b, p.55).

Ligada à noção de descontinuidade está a de acontecimento, este seria a irrupção de uma regularidade discursiva nova, nas palavras de Foucault (2006, p. 255), “O fato de que alguém disse alguma coisa em um dado momento. . . . Isto é o que eu chamo de acontecimento”, em outro fragmento: “O fato de que em alguns anos, por vezes, uma cultura deixa de pensar como fizera até então e se põe a pensar outra coisa e de outro modo” (Foucault, 2006, p. 69).

A experiência que Rita teve com a irrupção no seu enunciado, permitiu uma

ressignificação, aquilo que antes não incomodava começa a gerar desconforto, e subverte sua relação com a verdade que até então se impusera: *“Eu percebi que, tipo, eu não posso fazer isso . . . Eu percebi como as pessoas quando pensavam nesse remédio, pensavam em mim”*, com esta consciência reflexiva, a ação: *“Eu resolvi, não, vou num outro psiquiatra porque eu preciso me livrar desse negócio”*, e a descontinuidade que a dispersou da posição de deprimida e referência sobre uso de ansiolítico, para qualquer outra posição, neste caso, a de que foi estigmatizada: *“eu preciso me livrar desse estigma, mas não é o estigma para as pessoas, é o estigma para mim!”*.

Em algum momento de sua narrativa, Rita falava sobre a tentativa de fazer o desmame quando afirma: *“E eu acredito que agora nesse momento que eu tô falando com você, eu tenho certeza que eu posso conseguir fazer isso”*. Não temos como dizer que essa crença se instalou a partir da entrevista, mas, como diria Foucault (1984, p.16), “pensar sua própria história pode liberar o pensamento daquilo que pensa silenciosamente, e permitir-lhe pensar diferentemente.” E são nos processos de ruptura que enxergamos as possibilidades de novos significados e de novas práticas, no caso deste trabalho, sejam elas por parte dos profissionais ou das mulheres participantes. Acreditamos na ação política transformadora, porque, ainda que sejamos todos constrangidos por nossa historicidade, somos também potencialmente subversivos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletir sobre os atravessamentos dos discursos de gênero na medicalização do sofrimento psíquico de mulheres não teve a ver com traçar uma linha de causalidade entre os discursos de gênero e o adoecimento de tais mulheres. Bem sabemos que os motivos que levam uma mulher a adoecer psiquicamente são os mais variados possíveis e se emaranham “rizomaticamente”. Mas a questão estava em pensar criticamente sobre as teias que envolvem o fenômeno da medicalização do sofrimento psíquico de mulheres, atravessado pelos discursos de gênero.

Não há respostas concisas e generalizantes. O que tem levado a medicalização das mulheres? Tais práticas estão levando a uma invisibilização do sofrimento delas? Estariam essas estratégias de tratamento as silenciando? Estariam corroborando para a manutenção das normas sociais, assumindo, portanto, um discurso disciplinador? São questões que, mais do que levar a respostas acertadas, devem ser feitas para incomodar, chacoalhar, mobilizando novas formas de pensamento e ação.

Ao escutar o argumento de que as mulheres são o maior público consumidor de ansiolíticos porque são as que vão mais ao médico, só nos provoca outra reflexão: por que as mulheres são mais propensas a consultar um médico e a aceitar mais seu diagnóstico e sua proposta de tratamento? Acreditamos que toda essa história da apropriação do corpo feminino pelo saber médico ocidental e as práticas discursivas que a embasa, tem atravessado os modos de subjetivação das mulheres ao longo dos tempos e ressoa no fato de serem as principais consumidoras dos serviços médicos.

A crítica não é ao medicamento *per se*, mas à medicamentação; não ao médico *per se*, mas à medicalização; não é o caso de promover uma demonização dos psicotrópicos, é possível apontar seus problemas sem desconhecer sua utilidade. A questão é que nos casos

analisados nessa dissertação é persistente um modelo de atenção à saúde pautado em intervenções curativas e individuais.

Nota-se aqui que o sofrimento psíquico tem sido abordado de um modo reducionista quando o foco recai sobre o organismo. Fatores socioculturais e a complexidade histórica não estão sendo considerados como deveriam na produção da dor psíquica. O posicionamento de certos profissionais da saúde corrobora com uma disciplinarização e docilização de mulheres, não pondo em xeque as práticas discursivas que as forjaram.

Certa diferença ainda precisa ser notada nas práticas de cuidado à saúde de mulheres: a diferença entre singularidade e individualidade. O que se percebe é que as mulheres aqui entrevistadas são cuidadas de modo individualizado, quer dizer, é como se o sofrimento no qual estão fosse fruto de uma individualidade, então é nelas que se faz necessária a intervenção, a cura. Enquanto enxergar a singularidade delas inclui pensar: elas e sua história, elas situadas, elas e seu contexto, elas e os outros que a perpassam.

Também parece se confundir a ideia de pluralidade com universalidade. Enxergar a pluralidade das mulheres legitima sua singularidade e não o contrário. A pluralidade admite que o seu sofrimento ou até sua percepção sobre este não são só seus, há algo que se compartilha, o que não quer dizer que deva receber um olhar ou uma intervenção universalizantes, como tem sido o caso de alguns profissionais.

Porém, como vimos, há também profissionais da saúde que tensionam suas próprias práticas e discursos e propõem uma atuação mais ética, mais estética e mais política. Bem como mulheres que estão buscando encontrar novos sentidos e novos lugares.

Outra situação que ficou escancarada através da pesquisa aqui realizada foi o quanto a psicologia na sua dimensão clínica é pobre para os pobres. O que queremos dizer com isso? Que infelizmente há escassez de serviços psicológicos ofertados às pessoas em situação de vulnerabilidade social. Na verdade, há escassez de tantos outros serviços... políticas públicas

pobres para os pobres. Talvez uma questão que envolva falta de interesse do poder público, mas também falta de posicionamento ético-político da Psicologia. Os serviços clínicos de psicologia não chegam para a maior parte das pessoas em situação de baixa renda e ainda menos para aquelas que vivem em regiões afastadas das metrópoles, como é o caso de algumas mulheres aqui entrevistadas. Dos quatro casos em que as participantes residiam em Belo Jardim, a única que teve acesso à práticas psicológicas foi exatamente aquela que tem uma classe social mais elevada e que, por sinal, tem possibilidade de se deslocar para outra cidade vizinha mais desenvolvida para ter acesso a melhores serviços.

Chamamos atenção para o fato de que este trabalho encontra certos limites, como o de ter trazido de modo muito superficial a questão dos marcadores sociais de diferença que complexificam a realidade das mulheres. Então, a partir do tema aqui apresentado, propomos o seu enriquecimento com uma releitura a partir da teoria da interseccionalidade, que priorize pensar sobre o conjunto de vários lugares diferentes que perpassam estas mulheres. Se o público desta pesquisa foi bem diversificado em idade, escolaridade, raça, classe social, etc. seria interessante, além de trazer as aproximações entre as mulheres pesquisadas, trazer também os distanciamentos. Ou então ampliar o público pesquisado homogeneizando em subgrupos por alguns marcadores de intersecção, como: mulheres em situação de vulnerabilidade social, mulheres negras, ou mulheres homossexuais, etc. Também seria interessante problematizar os fatores que engendram a saúde mental de homens.

Enfim, diante de tudo que foi explanado ao longo deste trabalho, faz-se necessário repensarmos criticamente nossas práticas. Primeiro, lutar pela dilatação do campo de atuação, não se limitando às paredes dos consultórios confortáveis, climatizados, nos quais senta-se a espera do cliente-comprador, mas adentrar nas realidades cruas, quentes e desniveladas. Pois o cuidado à saúde das pessoas com baixa renda precisa virar realidade corriqueira. Não sob o viés do assistencialismo, da caridade, mas como garantia de direitos.

Também é preciso notar nossa forma de olhar para o sofrimento psíquico e buscar superar um olhar biologizante, uma lógica médica e curativa. Urge, em nossas práticas como profissionais da saúde, lançarmos mão de uma psicopatologia crítica, compreendendo o sofrimento psíquico de maneira mais ampliada, superando os dualismos e a perspectiva que sinonimiza subjetividade com interioridade. As práticas em saúde precisam ser fundamentadas na compreensão de que para lidar melhor com os sofrimentos que se apresentam aos serviços de atenção à saúde, é imprescindível a percepção dos fatores socioculturais, da complexidade histórica e da força dos discursos imbricados na construção dos modos de subjetivação e da dor psíquica.

E, enfim, ainda explorar os discursos outros que tem embasado os nossos próprios discursos para acolher os diversos modos-de-existir das mulheres; assim, não serão nossas práticas novos sapatos de lótus a restringir as subjetivações delas como aqueles que deformaram pés de chinesas ao longo de séculos. Estaremos, pois, reinventando uma ciência e uma clínica política, estética e ética, que gera novas formas de poder, promove uma subversão crítica e agencia novos modos de subjetivação.

Salientamos que ao problematizar o tema que aqui foi proposto, corre-se o risco de sustentar a crítica aos psicotrópicos usando argumentos que vão ao outro extremo do positivismo com a finalidade de combatê-lo: argumentar, pois, que os psicofármacos atuam somente no biológico, no sintoma, e não chega às causas verdadeiras do adoecimento. Estas, causas verdadeiras, seriam psicológicas e/ou sociais. Assim, estaríamos assumindo um novo determinismo positivista que identifica verdade, causa, essência.

Há que se pensar, portanto, em novas formas de resistência, que precisam ser criadas sempre tensionando gestos que, em algum momento da história, já podem ter sido subversivos, mas que, de tanto se repetir, hoje não são mais que cristalizações. Somente tensionando, pondo em questão, fazendo problema é que temos chances de pensar diferente,

transformar e nos desprendermos de nós mesmos, porque, afinal, “De que valeria a simples aquisição do conhecimento se ele não acarretasse o descaminho daquele que conhece?” (Foucault, 1984, p.13).

REFERÊNCIAS

- Agamben, G. (2009). *O que é o contemporâneo? E outros ensaios*. Chapecó: Argos.
- Aguiar, A. A. (2004). *A psiquiatria no divã: Entre as ciências da vida e a medicalização da existência (Coleção conexões)*. Rio de Janeiro: Dumará. Recuperado de <https://laboratoriodesensibilidades.files.wordpress.com/2017/08/a-psiquiatria-no-divacc83-adriano-amaral-de-aguiar.pdf>
- Andrade, A. P. M. (2014). (Entre)Laçamentos possíveis entre gênero e saúde mental. In V. Zanello & A. P. M de Andrade (Orgs.), *Saúde mental e gênero: Diálogos, práticas e interdisciplinaridade* (Cap. 4, pp. 59-77). Curitiba: Appris.
- Bernstein, R. (1982). What is the difference that makes a difference? Gadamer, Habermas, and Rorty. In *PSA: Proceedings of the Biennial Meeting of the Philosophy of Science Association*, 331-359. Recuperado de https://www.jstor.org/stable/192429?read-now=1&seq=23#page_scan_tab_contents
- Bernik, M. A. (1999). Benzodiazepínicos e dependência. In M. A. Bernik (Coord), *Benzodiazepínicos: Quatro décadas de experiência* (Cap. 17, pp. 211-231). São Paulo: Edusp.
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and Subversion of Identity*. Nova York: Routledge.
- _____. (2010). *Mecanismos psíquicos del poder: teorías sobre la sujeción* (2a ed., J. Cruz, Trad.). Madrid: Cátedra. Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1393/butler2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- _____. (2011). Actos performativos e constituição de gênero: Um ensaio sobre fenomenologia e teoria feminista. In A. G. Macedo & F. Rayner (Orgs.). *Gênero, Cultura Visual e Performance: Antologia Crítica*. (Coleção Antologias – 02, Cap. 05, pp. 69-87). Ribeirão: Edições HUMUS.
- _____. (2016). Corpos que pesam: Sobre os limites discursivos do “sexo”. In G. L. Louro (Org.). *O corpo educado: Pedagogia da sexualidade* (3a ed., Cap. 6, pp. 151-172, T. T. da Silva, Trad.). Belo Horizonte: Autêntica.
- Campos, I. & Zanello, V. (2017). Sofrimento psíquico, gênero e violência: Narrativas de mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial (Caps II). In C. Stevens, S. Oliveira, V. Zanello, E. Silva & C. Portela (Orgs.). *Mulheres e violências: Interseccionalidades*. (Cap. 31, pp. 505-522). Brasília: Technopolitik. Recuperado de https://media.wix.com/ugd/2ee9da_8b14da1e23c646ad9415dc033a2a556c.pdf
- Cardoso, W. R. S., Ferreira, M. V., Santos, A. L. M. & Monteiro, B. L. T. (2016). Sobre poder e disciplina: Um olhar foucaultiano acerca das relações entre corpo, medicalização e ordenamento social. In F. C. S. Lemos, D. Galindo, P. P. G. de Bicalho, E. T. A. Ferreira, B. A. Cruz, T. S. Nogueira, . . . R. H. S. Aquime. *Práticas de Judicialização e Medicalização dos Corpos, no Contemporâneo* (pp. 555-571). Curitiba: CRV.

- Carvalho, L. & Dimenstein, M. (2004). O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 121-129. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22388.pdf>
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2004000100014>.
- Costa e Silva, J. A. (1999). História dos benzodiazepínicos. In M. A. Bernik (Coord), *Benzodiazepínicos: Quatro décadas de experiência* (Cap. 01, pp. 15-28). São Paulo: Edusp.
- Engel, M. (2018). Psiquiatria e feminilidade. In M. D. Priore (Org.), & C. B. Pinsky (Coord.), *História das mulheres no Brasil* (10a ed., Cap. 10, pp. 322-361). São Paulo: Contexto.
- Ferreira Neto, J. L. (2004). A formação do psicólogo. Clínica, social e mercado. São Paulo: Escuta. Belo Horizonte: Fumec/FCH.
- Firmino, K. F., Abreu M. H. N. G., Perini, E., & Magalhães, S. M. S. (2011). Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(6), 1223-1232. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/19.pdf>
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600019>
- Foucault, M. (2008). A arqueologia do saber (7a ed., L. F. B. Neves, Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (1969).
- _____. (2014b). A ordem do discurso (24a ed., L. F. A. Sampaio, Trad.). São Paulo: Edições Loyola. (1970).
- _____. (1999). Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes. (1975).
- _____. (2006). Estratégia, poder-saber (2a ed., Coleção ditos e escritos, Vol 4, V. L. A. Ribeiro, Trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (1984).
- _____. (2011). História da sexualidade: A vontade de saber (Vol. 1, 21a ed., M. T. C. Albuquerque e J. A. G. Albuquerque, Trans.) Rio de Janeiro: Graal. (1976).
- _____. (1984). História da sexualidade: O uso dos prazeres (Vol 2). Rio de Janeiro: Graal.
- _____. (2014a). Microfísica do poder. (28a ed., R. Machado, Trad.). Rio de Janeiro: Paz e Terra. (1979).
- _____. (2013) Vigiar e punir: Nascimento da prisão (41a ed., R. Ramallete, Trad.). Rio de Janeiro: Vozes. (1975).
- Furlin, N. (2013). Sujeito e agência no pensamento de Judith Butler: Contribuições para a teoria social. *Revista Sociedade e Cultura*, 16(2), 395-403. Recuperado de <https://www.revistas.ufg.br/fchf/article/view/32198/17172>
doi: <https://doi.org/10.5216/sec.v16i2.32198>
- Guarido, R. (2007). A medicalização do sofrimento psíquico: Considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. *Educação e Pesquisa*, (33):1, 151-161. Recuperado de

<http://www.scielo.br/pdf/ep/v33n1/a10v33n1.pdf>
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-97022007000100010>.

- Jovchelovitch, S. & Bauer, M. W. (2008). Entrevista narrativa. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Orgs.). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático* (7a ed., Cap. 4, pp. 90-113, P. Guareschi, Trad.). Rio de Janeiro: Vozes. (2000). Recuperado de <https://tecnologiamidiaeinteracao.files.wordpress.com/2017/10/pesquisa-qualitativa-com-texto-imagem-e-som-bauer-gaskell.pdf>
- Kantorski, L. P., Jardim, V. M. R., Porto, A. R., Schek, G., Cortes, J. M., & Oliveira, M. M. (2011). Descrição de oferta e consumo dos psicofármacos em Centros de Atenção Psicossocial na Região Sul brasileira. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1481-1487. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a29.pdf>
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600029>
- Lauretis, T. (1984). A tecnologia do gênero. In H. B. Hollanda, *Tendências e impasses – O feminismo como crítica da cultura* (pp. 206-242). Rio de Janeiro: Rocco.
- Laqueur, T. (2001). *Inventando o sexo – Corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Laranjeira, R. & Castro, L. A. (1999). Potencial de abuso de benzodiazepínicos. In M. A. Bernik (Coord.), *Benzodiazepínicos: Quatro décadas de experiência* (Cap. 15, pp. 187-198). São Paulo: Edusp.
- Lefèvre, F. (1983). A função simbólica dos medicamentos. *Rev. Saúde Pública*, 17 (s/n), 500-503.
- Mendes, K. C. do C. (2013). O uso prolongado de benzodiazepínicos – Uma revisão de literatura (Monografia de especialização). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil. Recuperado de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4077.pdf>
- Mendonça, R. T., Carvalho, A. C. D., Vieira, E. M., Adorno, R. C. F. (2008). Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. *Saúde Soc.*, 17(2), 95-106. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/10.pdf>
- Miskolci, R. (2015). *Teoria queer: Um aprendizado pelas diferenças*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Moore, H. L. (2000). Fantasias de poder e fantasias de identidade: gênero, raça e violência. *Cadernos Pagu*, (14), 13-44. Recuperado de <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=51326>.
- Moreira, V. & Sloan, J. (2002). *Personalidade, ideologia e psicopatologia crítica*. São Paulo: Escuta.
- Nascimento, W. F. & Zanello, V. (2014). Uma história do silêncio sobre gênero e loucura – parte I – Sobre o que não se fala em uma arqueologia do silêncio: As mulheres em história da loucura. In V. Zanello & A. P. M. de Andrade (Orgs.), *Saúde mental e gênero – Diálogos, práticas e interdisciplinaridade* (Cap. 01, pp. 17-28). Curitiba: Appris.

- Navarro-Swain, T. (2006). Entre a vida e a morte, o sexo. *Revista Labrys Estudos Feministas*, 12 (10). Recuperado de <https://www.labrys.net.br/labrys10/livre/anahita.htm>
- _____. (2013). La construction des femmes: Le renouveau du patriarcat. *Revista Labrys Estudos Feministas*, 23. Recuperado de <http://www.tanianavarroswain.com.br/brasil/renovacao%20patriarcado.htm>
- Nordon, D. G., Hübner C. K. (2009). Prescrição de benzodiazepínicos por clínicos gerais. *Diagn Tratamento*, 14(2), 66-69. Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2009/v14n2/a0004.pdf>
- Nunes, S. A. (1991). A medicina social e a questão feminina. *Physis: Revista de saúde coletiva*. 1(1), 49-76. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/03.pdf>
- Pedrosa, M. & Zanello, V. (2017). Reconstruindo histórias para além do diagnóstico psiquiátrico: Escuta (e intervenção) de gênero como meio de empoderamento de mulheres com histórico de relações violentas. In C. Stevens, S. Oliveira, V. Zanello, E. Silva & C. Portela, (Orgs). *Mulheres e violências: Interseccionalidades*. (Cap. 34, pp. 569-585) Brasília: Technopolitik. Recuperado de https://media.wix.com/ugd/2ee9da_8b14da1e23c646ad9415dc033a2a556c.pdf
- Priore, M. (2018). Magia e medicina na Colônia: O corpo feminino. In M. D. Priore (Org.), & C. B. Pinsky (Coord.), *História das mulheres no Brasil* (10a ed., Cap. 03, pp. 78-114). São Paulo: Contexto.
- Resolução CFP nº 007, de 14 de junho de 2003. Institui o Manual de Elaboração de Documentos Escritos produzidos pelo psicólogo, decorrentes de avaliação psicológica. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2003/06/resolucao2003_7.pdf
- Rocha, B. S., & Werlang, M. C. (2013). Psicofármacos na estratégia saúde da família: Perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(11), 3291-3300.
- Rosa, B. P. G. D. da, Winograd, M. (2011). Palavras e pílulas: Sobre a medicalização do mal-estar psíquico na atualidade. *Rev. Psicologia&Saúde*, (23): n. spe, 37-44.
- Santos, A. M. C. C. (2009). Articular saúde mental e relações de gênero: Dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), 1177-1182. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a18v14n4.pdf>
- Schramm, F. R. (2006). A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública. *Revista Brasileira de Bioética*, (2): 2, 187-200.
- Schwandt, T. A. (2006). Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa: Interpretativismo, hermenêutica e construcionismo social. In N. K Denzin & Y. S. Lincoln (Orgs.). *O planejamento da pesquisa qualitativa: Teorias e abordagens* (2a ed., Cap. 7, pp. 193-217). Porto Alegre: Artmed.
- Segato, R. L. (2003). *Las Estructuras Elementales de la Violencia: Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos* (Colección derechos humanos. Viejos problemas, nuevas miradas). Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes

Editorial.

- Silva, V. P., Botti, N. C. L., Oliveira, V. C. & Guimarães, E. A. A. (2015). Perfil epidemiológico dos usuários de benzodiazepínicos na atenção primária à saúde. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 5(1), 1393-1400. Acessado em 28 de maio de 2018 de <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/546/830>
- Temple, G. C. (2013). Acontecimento, poder e resistência em Michel Foucault. Cruz das Almas/BA: EDUFRB.
- Veiga-Neto, A. (2009). Teoria e método em Michel Foucault: (Im) possibilidades. *Cadernos de educação*, (34), 83-94. Recuperado de <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/caduc/article/view/1635/1518>
doi: <http://dx.doi.org/10.15210/caduc.v0i34.1635>
- Vianna, C. & Diniz, G. (2014). Gênero, feminismos e saúde mental: Implicações para a prática e a pesquisa em psicologia clínica. In V. Zanello & A. P. M. de Andrade (Orgs.), *Saúde mental e gênero – Diálogos, práticas e interdisciplinaridade* (Cap.05, pp. 81-106). Curitiba: Appris
- Vieira, E. M. (2015). A medicalização do corpo feminino (2ª reimpressão). Rio de Janeiro: FIOCRUZ. (2002).
- Wittizorecki, E. S., Bossle, F., Oliveira e Silva, L., Oliveira, L. R. de, Günther, M. C. C., Santos, M. V. dos, . . . Neto, V. M. (2006). Pesquisar exige interrogar-se: A narrativa como estratégia de pesquisa e de formação do (a) pesquisador (a). *Revista Movimento*, 12(2), 09-33. Recuperado de <http://www.seer.ufrgs.br/Movimento/article/download/2904/1540>.
- Yasui, S. & Lemos, F. C. S. (2016). Reflexões em torno da medicalização da vida. In F. C. S. Lemos, D. Galindo, P. P. G. de Bicalho, E. T. A. Ferreira, B. A. Cruz, T. S. Nogueira, . . . R. H. S. Aquime. *Práticas de Judicialização e Medicalização dos Corpos, no Contemporâneo* (pp. 59-63). Curitiba: CRV.
- Zanello, V. Mulheres e loucura: Questões de gênero para a psicologia clínica. (2010). In C. Stevens, K. C. T. Brasil, T. M. C. Almeida & V. Zanello (Orgs), *Gênero e feminismos: Convergências (in) disciplinares*. (pp. 307-320). Brasília: Ex Libris. Recuperado de http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/19654/1/CAPITULO_MulheresLoucuraQuestoesGenero.pdf
- _____. (2018). Saúde mental, gênero e dispositivos: Cultura e processos de subjetivação. Curitiba: Appris.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Você está sendo convidada para participar da pesquisa OS ATRAVESSAMENTOS DOS DISCURSOS DE GÊNERO NA MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DE MULHERES, financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).
2. Sua participação na pesquisa não é obrigatória, a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
3. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.
4. O objetivo deste estudo é compreender a experiência do consumo de benzodiazepínicos por mulheres. Mais especificamente: investigar como os benzodiazepínicos entram e se mantêm na história de vida dessas mulheres; analisar como os discursos de gênero se implicam na produção do fenômeno da medicalização das mulheres; problematizar as posições de sujeito assumidas pelas mulheres diante dos discursos de gênero e médico; refletir sobre a elaboração de outras estratégias terapêuticas de enfrentamento ao adoecimento psíquico.
5. Sua participação nesta pesquisa consistirá em compartilhar, através de uma entrevista narrativa, como tem sido sua experiência com o calmante. Caso autorize, a entrevista será gravada em gravador digital de voz e posteriormente transcrita.
6. Os riscos relacionados com sua participação é que em determinados pontos da entrevista sinta-se desconfortável, inibida ou mobilizada, o que será respeitado e poderá receber apoio psicológico se for necessário. Pode em qualquer momento se sentir cansada e/ou constrangida e requerer a interrupção da entrevista, o que será prontamente atendido.
7. O benefício relacionado com a sua participação é contribuir para o alcance nos resultados esperados por este estudo, a saber: tornar visível a importância da inclusão da questão da dependência química de benzodiazepínicos por mulheres nos dados epidemiológicos; sensibilizar os profissionais de saúde para uma escuta clínica que qualifique o social e desnaturalize o sofrimento; possibilitar reflexões sobre alternativas a um modelo de consulta clássica, que ultrapassem a intervenção individual, uma prática clínica enquanto também prática política; e, por fim, ampliar o conhecimento e as discussões sobre as questões de gênero no processo de adoecimento mental das mulheres, contribuindo tanto para o embasamento teórico quanto para a prática dos profissionais de saúde.
8. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.
9. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação. Quando necessário, serão utilizados no trabalho nomes fictícios para identificar as entrevistadas.

10. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

DADOS DO PESQUISADOR

Elaine Aparecida de Lima

Avenida dos Guararapes, 220

Guararapes, Jaboatão dos Guararapes - PE

Telefone: (81) 9 97292577

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP, localizado na RUA DO PRÍNCIPE, 526 – BOA VISTA – BLOCO C – 3º ANDAR, SALA 306 – CEP 50050-900 - RECIFE – PE – BRASIL. TELEFONE: (81)2119-4041 ou 2119-4376 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: cep_unicap@unicap.br

Havendo dúvida / denúncia com relação à condução da pesquisa deverá ser dirigida ao referido CEP no endereço acima citado.

_____, ____ de _____ de _____

Participante

=====

<p>COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP SRTV 702, Via W 5 Norte - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte CEP: 70719-000 - Brasília-DF</p>

Apêndice B – Questionário de Perfil Sociodemográfico

I – IDENTIFICAÇÃO

1. Nome:

2. Cor/Etnia: () Amarela () Branca () Indígena () Negra ()
Parda

3. Idade: _____

4. End.:

Nº _____

5. Bairro: _____

6. Cidade: _____

7. Telefone: () _____ - _____

8. Email: _____

II – DADOS SOCIOECONÔMICOS

9. Religião: _____

10. Estado Civil:

() Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a)

() União estável () Separado(a) () Viúvo(a)

11. Grau de Escolaridade:

a) Ensino Fundamental: () Completo () Incompleto

b) Ensino Médio: () Completo () Incompleto

c) Ensino Superior: () Completo () Incompleto

d) Pós graduação: () Especialização () MBA () Mestrado () Doutorado

12. Profissão: _____

13. Renda Individual:

() Até 1 salário mínimo () Até 2 salários mínimos

() Até 3 salários mínimos () Até 4 salários mínimos

() Mais de 4 salários mínimos () Sem renda

14. Com quem mora atualmente:

() Sozinho(a) () Cônjuge/Companheiro(a) () Pai

- Mãe Filhos Parentes
 Amigos Outros: _____

15. Renda Familiar:

- Até 1 salário mínimo Até 2 salários mínimos
 Até 3 salários mínimos Até 4 salários mínimos
 Mais de 4 salários mínimos

III – INFORMAÇÕES MÉDICAS

16. Benzodiazepínico utilizado: _____

17. Tempo de utilização: _____

18. Qual a especialidade do médico que receitou inicialmente o medicamento?

19. Foi feita alguma avaliação psiquiátrica? Sim Não

20. Foram apresentados outros meios terapêuticos? Sim Não

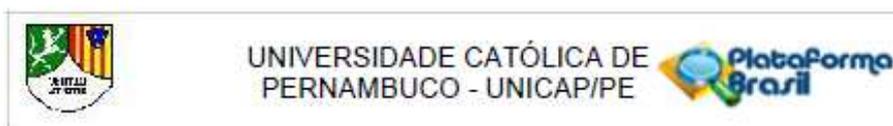
IV – OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES:

_____, _____ de _____ de _____.

Participante

ANEXO

Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética da Universidade Católica de Pernambuco



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS ATRAVESSAMENTOS DOS DISCURSOS DE GÊNERO NA MEDICALIZAÇÃO DE MULHERES

Pesquisador: Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 02280418.8.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP/PE

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.885.992

Apresentação do Projeto:

Alguns discursos dominantes sobre gênero colocam as mulheres frequentemente em posição de maior subordinação, fazendo com que parte das histórias das mulheres venha sendo perpassada por um tipo de violência sutilmente disseminado através de várias tecnologias sociais e motivando o adoecimento psíquico delas. Além de serem mais

diagnosticadas com transtornos mentais, a literatura tem apontado que o maior público consumidor de substâncias benzodiazepínicas é de mulheres. O projeto propõe compreender a experiência do consumo de benzodiazepínicos por mulheres. A pesquisa será de abordagem qualitativa, serão realizadas entrevistas narrativas com mulheres que fazem uso de Benzodiazepínicos (BZD) há pelo menos 01 ano, sendo, posteriormente, analisados o conteúdo das narrativas por meio da analítica descritiva de inspiração foucaultiana. Espera-se contribuir para ampliação das discussões acadêmicas sobre os discursos de gênero e sua implicação na saúde mental dos sujeitos e para transformações na prática clínica que possibilitem acolher as manifestações de adoecimento psíquico em sua complexidade histórica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a experiência do consumo de benzodiazepínicos por mulheres.

Objetivo Secundário:

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco C - 3º Andar - Sala 306
Bairro: Boa Vista CEP: 50.050-900
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2119-4041 Fax: (81)2119-4004 E-mail: cep_unicap@unicap.br



Continuação do Parecer: 2.895.062

1. Investigar como os benzodiazepínicos entram e se mantêm na história de vida dessas mulheres; 2. Analisar como os discursos de gênero se implicam na produção do fenômeno da medicalização das mulheres; 3. Problematizar as posições de sujeito assumidas pelas mulheres diante dos discursos de gênero e médico; 4. Refletir sobre a elaboração de outras estratégias terapêuticas de enfrentamento ao adoecimento psíquico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os Riscos e Benefícios foram muito bem avaliados conforme pode-se constatar a seguir:

Riscos:

A pesquisa descrita por este projeto oferece riscos físicos e/ou emocionais aos participantes, como em qualquer pesquisa com humanos, visto que, situações de interação podem mobilizar algum tipo de desconforto, ansiedade ou angústia, principalmente quando a temática do estudo pode remeter a aspectos íntimos e particulares. Este estudo, em particular, abrangerá questões de fórum íntimo tais como: filosofia de vida, adoecimento, relacionamento afetivo-sexual, desejos, dentre outros. Dessa maneira, tentaremos alcançar os objetivos da pesquisa da forma menos invasiva, respeitando o máximo possível os participantes e considerando todas as implicações éticas do processo. Todos os cuidados serão tomados, tanto durante o decorrer da coleta dos dados quanto posteriormente, no sentido de oferecer atenção psicológica ao participante que o necessitar. Dessa maneira, caso ocorra algum dano emocional decorrente da participação no estudo, a entrevistada será encaminhada para o serviço de psicologia da instituição locus do estudo.

Benefícios:

O benefício relacionado com a participação é contribuir para o alcance nos resultados esperados por este estudo, a saber: tornar visível a importância da inclusão da questão da dependência química de benzodiazepínicos por mulheres nos dados epidemiológicos; sensibilizar os profissionais de saúde para uma escuta clínica que qualifique o social e desnaturalize o sofrimento; possibilitar reflexões sobre alternativas a um modelo de consulta clássica, que ultrapassem a intervenção individual, uma prática clínica enquanto também prática política; e, por fim, ampliar o conhecimento e as discussões sobre as questões de gênero no processo de adoecimento mental das mulheres, contribuindo tanto para o embasamento teórico quanto para a prática dos profissionais de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante do ponto de vista bio-psíquico-social para toda a sociedade, em especial, para o bem estar da mulher.

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco C - 3º Andar - Sala 306
Bairro: Boa Vista CEP: 50.050-900
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2119-4041 Fax: (81)2119-4004 E-mail: cep_unicap@unicap.br



Continuação do Parecer: 2.865.902

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos presentes e adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP acompanha o parecer do relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1151794.pdf	21/06/2018 14:58:53		Aceito
Outros	cartadeaceite.pdf	21/06/2018 14:58:01	ELAINE APARECIDA DE LIMA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	21/06/2018 14:57:01	ELAINE APARECIDA DE LIMA	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	21/06/2018 14:56:44	ELAINE APARECIDA DE LIMA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostopdf.pdf	12/06/2018 16:11:25	ELAINE APARECIDA DE LIMA	Aceito
Outros	curriculolattes cristina.pdf	12/06/2018 16:06:13	ELAINE APARECIDA DE LIMA	Aceito
Outros	curriculolattes Elaine.pdf	12/06/2018 16:05:48	ELAINE APARECIDA DE LIMA	Aceito
Outros	termoconfidencialidade2.jpg	12/06/2018 16:00:01	ELAINE APARECIDA DE LIMA	Aceito
Outros	qualificacao.jpg	08/06/2018 12:24:11	ELAINE APARECIDA DE LIMA	Aceito
Outros	termoconfidencialidade.jpg	08/06/2018 12:23:17	ELAINE APARECIDA DE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	08/06/2018 12:22:26	ELAINE APARECIDA DE LIMA	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	08/06/2018 12:17:33	ELAINE APARECIDA DE LIMA	Aceito
Outros	Anuencia2.jpg	08/06/2018 12:15:44	ELAINE APARECIDA DE LIMA	Aceito

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco C - 3º Andar - Sala 306
Bairro: Boa Vista CEP: 50.050-900
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2119-4041 Fax: (81)2119-4004 E-mail: cep_unicap@unicap.br



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE
PERNAMBUCO - UNICAP/PE



Continuação do Parecer: 2.665.002

Outros	Anuencia1.jpg	08/06/2018 12:15:06	ELAINE APARECIDA DE LIMA	Aceito
--------	---------------	------------------------	-----------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 31 de Agosto de 2018

Assinado por:

Nadia Pereira da Silva Gonçalves de Azevedo
(Coordenador)

Endereço: Rua do Príncipe, nº 526 - Bloco C - 3º Andar - Sala 306
Bairro: Boa Vista CEP: 50.050-900
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2119-4041 Fax: (81)2119-4004 E-mail: cep_unicap@unicap.br

Página 04 de 04